



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A Comunidade Urbana - Um Pilar da Saúde Mental

Curso de Mestrado em Saúde Pública

Pedro Alexandre Brôa de Oliveira

Julho de 2019



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A Comunidade Urbana - Um Pilar da Saúde Mental

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica de:

Professor Doutor José Carlos Gomes

Professor Doutor Paulo Sousa

Julho de 2019

Agradecimentos

À Joana,

Por ser, por estar, por tudo. Sempre.

Aos meus pais,

pela paciência, carinho e compreensão.

Aos amigos e colegas,

pelo apoio e incentivo.

Ao Professor Doutor José Carlos Gomes,

pelo interesse, profissionalismo, tempo dispendido, dedicação e pelo conhecimento
que transmitiu ao longo de todo o trabalho.

Ao Professor Doutor Paulo Sousa,

pelo acompanhamento e conhecimento transmitido.

À Professora Doutora Carla Nunes,

pela ajuda preciosa durante a análise estatística.

A todos, muito obrigado!

RESUMO

Enquadramento: Os determinantes da Saúde Mental são vários e as suas interacções são complexas. Muitos desses determinantes relacionam-se com o ambiente onde o indivíduo está inserido, designados por condicionantes contextuais em saúde mental. Um dos objectivos definidos pela OMS, em 2000, para programas e sistemas de saúde mundiais prende-se com a busca pelo equilíbrio entre as prioridades sociais, necessidades de saúde e expectativas em saúde da população.

Objectivos & Métodos: Com o objectivo de avaliar a adequação das políticas de Saúde Mental adoptadas pelo Município de Lisboa através do Plano Local de Saúde de Lisboa Central (PLSLC) às expectativas em Saúde Mental dos residentes ou trabalhadores da Freguesia de Penha de França, realizou-se um estudo observacional, transversal, descritivo-correlacional e indutivo através da aplicação de um questionário constituído por questões demográficas, uma escala de likert no âmbito das expectativas em saúde mental e o inventário de saúde mental.

Resultados: A amostra em estudo (n=122) nutre expectativas em saúde mental face ao acesso a serviços de saúde, segurança, emprego, redes de suporte social, espaços verdes e condições de habitação e que, para um $p=0,05$, não existe correlação entre estes resultados e características sociodemográficas.

Discussão: Verifica-se que o acesso a serviços de saúde e redes de suporte social se encontram contemplados nos principais eixos e orientações estratégicas do PLSLC e os espaços verdes e segurança apenas de forma indirecta. O emprego e as condições de habitação não se encontram contemplados em nenhum eixo ou orientação proposta.

Conclusão: Identificaram-se quais as expectativas em saúde mental da amostra em estudo e verificou-se que, na sua maioria, as políticas propostas e orientações estratégicas do PLSLC vão ao encontro das expectativas em saúde mental da população. No entanto, existem variáveis não contempladas no PLSLC como o emprego e as condições de habitação que são alvo de expectativas em saúde mental por parte da população e, portanto, devem ser consideradas no momento da elaboração de programas, planos e orientações estratégicas de saúde pública e comunitária futuras.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Saúde Urbana, Comunidade Urbana, Expectativas em Saúde Mental, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Mental Health has innumerable determinants with complex interactions. Many of these determinants are directly related to the environment around the individual. One of the main goals for health systems and programs proposed by the WHO in the year 2000 was finding the balance between the social priorities, identified health needs and population's health expectations.

Goal & Methods: With the goal of evaluating the adequacy of Lisbon's Mental Health policies adopted by the Central Lisbon's Local Health Plan (PLSLC) to the Penha de França Parish residents' or workers' mental health expectations, an observational, survey, descriptive-correlational and inductive study was designed by means of a survey composed of demographical questions, a Likert scale regarding the mental health expectations and the Mental Health Inventory.

Results: The sample was constituted by 122 individuals ($n = 122$) and it was verified that the sample holds mental health expectations regarding health service's access, safety, employment, social support networks, green spaces and housing conditions and that at a $p=0,05$ level, no correlation was found between these results and sociodemographic characteristics.

Discussion: Comparisons have been made between PLSLC's strategies and the results obtained. The variables related to health services' access and social support networks are present in the strategic axis and proposed orientations of the plan while green spaces and safety were only indirectly targeted by these strategies. Housing Conditions and Employment were not contemplated in any of the strategic axis or in the proposed orientations of the plan.

Conclusion: Mental Health expectations of the studied sample have been identified and it was verified that the majority of them were targeted by the PLSLC's strategies and proposals. However, variables such as employment and housing conditions were not targeted by the PLSLC's strategies and, therefore, should be considered in the future development of public health and community strategies, programs and plans.

Keywords: Mental Health, Urban Health, Urban Community Mental Health Expectations, Health Promotion.

ÍNDICE

PARTE I: ESTADO DA ARTE

INTRODUÇÃO	13
1. BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL	17
2. SAÚDE MENTAL: A MENTE COMO PRIORIDADE	19
2.1 O MODELO SALUTOGÉNICO	19
2.2 SAÚDE MENTAL: CONCEITOS & DIMENSÕES	21
2.3 DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL	23
2.4 SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE EM SAÚDE PÚBLICA	24
3. COMUNIDADE URBANA: UM PILAR DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL	29
3.1 SAÚDE URBANA & SAÚDE MENTAL	30
3.2 CONDICIONANTES CONTEXTUAIS DA SAÚDE MENTAL	31
3.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE	32
3.4 AO ENCONTRO DAS EXPECTATIVAS DA COMUNIDADE	36
4. PLANO LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA CENTRAL	39
4.1 PERFIL DE SAÚDE DE LISBOA CENTRAL	40
4.1.1 Caracterização Demográfica de Lisboa Central	41
4.1.2 Diagnóstico de Situação da Saúde Mental de Lisboa Central	44
4.1.3 Freguesia de Penha de França – Enquadramento Histórico & Demográfico	45
4.2 ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA LISBOA CENTRAL	49
4.2.1 Estratégias propostas no âmbito da Saúde Mental 2018-2021	53
4.2.2 Projectos da Cidade de Lisboa	54

PARTE II: MATERIAIS & MÉTODOS

5. MATERIAIS & MÉTODOS	59
5.1 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO	59
5.2 OBJECTIVOS DO ESTUDO	59
5.3 TIPO DE ESTUDO	60
5.4 POPULAÇÃO-ALVO	61
5.5 AMOSTRA & TÉCNICA DE AMOSTRAGEM	61
5.5.1 Forças, Barreiras & Limitações do Método “Snowball”	62
5.5.2 Critérios de Inclusão	63
5.6 MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	63
5.6.1 O Inventário de Saúde Mental	63
5.6.2 Questionário Condicionantes Contextuais – Expectativas	64

5.7	TRATAMENTO & ANÁLISE DE DADOS.....	66
5.8	ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO	67

PARTE III: RESULTADOS, DISCUSSÃO & CONCLUSÃO

6.	RESULTADOS	71
6.1	CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	71
6.2	CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE SAÚDE MENTAL DA AMOSTRA ATRAVÉS DO MHI-38	78
6.3	CARACTERIZAÇÃO DAS CONDICIONANTES CONTEXTUAIS EM SAÚDE MENTAL	81
6.3.1	Correlações das Condicionantes Contextuais em Saúde Mental	85
7.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	89
7.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	97
8.	CONCLUSÃO & RECOMENDAÇÕES FUTURAS	99
8.1	RECOMENDAÇÕES FUTURAS	101
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	i

ANEXOS

Inventário de Saúde Mental	Anexo I
Autorização para utilização do Inventário de Saúde Mental	Anexo II
Questionário Expectativas & Condicionantes Contextuais em Saúde Mental	Anexo III
Teste de normalidade de kolmogorov-smirnov (MHI-38)	Anexo IV
Teste de normalidade de kolmogorov-smirnov (condicionantes contextuais em saúde mental)	XXXVII V
Pedido de autorização de recolha de dados à Junta de Freguesia de Penha de França. Anexo VI	
Autorização da Junta de Freguesia de Penha de França para a recolha de dados	XLV VII
Formulário de consentimento informado.....	Anexo VIII
Teste de correlação de Spearman (Condicionantes Contextuais*Nível Saúde Mental)	Anexo IX
Teste de correlação de Spearman (Condicionantes Contextuais*Nível Bem-Estar)	Anexo X
Teste de correlação de Spearman (Condicionantes Contextuais*Nível Distresse)	Anexo XI
Teste de correlação de Spearman (Condicionantes Contextuais * Idade)	Anexo XII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Continuum da Saúde de Antonovsky	19
Figura 2. Interações entre sentido de coerência e recursos de resistência.	20
Figura 3. Modelo funcional de Saúde Mental	22
Figura 4. Domínios dos determinantes de Saúde Mental.....	23
Figura 5. Prevalência e DALY por 100 mil habitantes, a nível mundial.	25
Figura 6. Principais causas de YLD em Portugal no ano de 2016.....	26
Figura 7. Condicionantes Contextuais da Saúde Mental.....	30
Figura 8. Carta de Ottawa para a promoção da saúde.....	33
Figura 9. Framework para políticas e estratégias em saúde.	34
Figura 10. Equilíbrio entre necessidades, prioridades e expectativas.	37
Figura 11. Abordagem do pls aces lx central.	39
Figura 12. Freguesias de Lisboa abrangidas pelo PLS ACeS Lx Central.....	40
Figura 13. Pirâmide etária da população do Concelho Lisboa em 2016.....	41
Figura 14. “Quem somos?” – ACeS Lisboa Norte e Central.....	42
Figura 15. Distribuição da população residente por grau de escolaridade.	43
Figura 16. Caracterização demográfica do Concelho de Lisboa por emprego, suporte social, segurança e ambiente.	44
Figura 17. Proporção de inscritos (%) por diagnóstico activo no aces lx central	44
Figura 18. Nr. de óbitos pelas 10 principais causas de morte no Conselho de Lisboa em 2016.....	45
Figura 19. Brasão da Freguesia de Penha de França e da Cidade de Lisboa.	46
Figura 20. Distribuição de residentes de Penha de França por grupo etário.	46
Figura 21. Distribuição de residentes de Penha de França por grau de escolaridade.	47
Figura 22. Carta Social da Freguesia de Penha de França.....	49
Figura 23. Eixos estratégicos do Plano Local de Saúde de Lisboa Central.....	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra por grupo etário.....	71
Tabela 2. Estatística descritiva da variável “idade” da amostra	71
Tabela 3. Distribuição da amostra por sexo	72
Tabela 4. Distribuição da amostra por nível de escolaridade.	73
Tabela 5. Tabulação Cruzada entre as variáveis idade e escolaridade (% e frequências).	74
Tabela 6. Distribuição da amostra por respostas à pergunta “com quem vive?”	75
Tabela 7. Distribuição da amostra por emprego.....	76
Tabela 8. Tabulação Cruzada entre as variáveis idade e emprego (% e frequências).	77
Tabela 9. Estatística descritiva da variável “resultado final do mhi-38”.	79
Tabela 10. Resultado final do mhi-38 por sexo.	79
Tabela 11. Resultado final do mhi-38 por grupo etário.....	80
Tabela 12. Resultado final do mhi-38 por emprego.....	80
Tabela 13. Estatística descritiva dos condicionantes contextuais em saúde mental.	822
Tabela 14. Ordenação dos condicionantes contextuais em saúde mental por valores de médias. (ordem decrescente)	84
Tabela 15. Teste de correlação de spearman condicionantes contextuais * nível de saúde mental.....	85
Tabela 16. Teste de correlação de spearman condicionantes contextuais * score de bem-estar positivo	86
Tabela 17. Teste de correlação de spearman condicionantes contextuais * score de distresse.....	86
Tabela 18. Teste de correlação de spearman condicionantes contextuais * idade.....	87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição da amostra por sexo.	72
Gráfico 2. Distribuição da amostra por nível de escolaridade (%).	73
Gráfico 3. Tabulação Cruzada entre as variáveis Idade e Escolaridade (%).	74
Gráfico 4. Distribuição da amostra por respostas à pergunta “Com quem vive?” (%)..	75
Gráfico 5. Distribuição da amostra por emprego. (%).....	76
Gráfico 6. Tabulação Cruzada entre as variáveis Idade e Emprego (%).	77
Gráfico 7. Médias dos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental	84

INTRODUÇÃO

A Saúde Mental, uma peça fundamental do conceito de Saúde definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), possui inúmeros determinantes e as suas interações são complexas (1). Definida pela OMS como um estado de bem-estar em que o indivíduo é capaz de perceber as suas próprias capacidades, lidar com situações de tensão na sua vida, trabalhar de forma productiva e consegue contribuir para a sua comunidade e família (2), os seus determinantes são categorizados em quatro grandes domínios: Factores e Experiências Individuais, Interações Sociais, Recursos e Estruturas da Sociedade e Valores Culturais. (3) Observa-se que três destes quatro domínios dizem respeito, diretamente, ao ambiente e comunidade onde o indivíduo está inserido sublinhando, deste modo, a importância que estes fatores, também definidos como Condicionantes Contextuais em Saúde Mental (4) possuem para a promoção da saúde mental dos indivíduos e populações.

Em Portugal, encontra-se em vigor o Programa Nacional em Saúde Mental (5), de âmbito nacional, e, ao nível local, existem diversos Planos Locais de Saúde como, por exemplo, o Plano Local de Saúde de Lisboa Central (6).

Aliando esta temática ao objectivo traçado pela OMS (7), no ano de 2000, para os sistemas, planos e programas de saúde que diz respeito à busca pelo equilíbrio entre as prioridades sociais, necessidades de saúde identificadas e expectativas das populações, surge a presente dissertação que se propõe a avaliar a adequação das políticas de Saúde Mental adoptadas pelo Município de Lisboa através do Plano Local de Saúde de Lisboa Central às expectativas em Saúde Mental dos residentes ou trabalhadores da Freguesia de Penha de França através da realização de um questionário e posterior análise estatística.

A primeira parte da presente dissertação explorará o Estado da Arte relativamente a esta temática. No primeiro capítulo, realiza-se um breve enquadramento histórico da evolução do conceito de Saúde Mental.

No segundo capítulo, intitulado de “Saúde Mental: A Mente como Prioridade”, exploram-se os conceitos de salutogénese e sua íntima relação com os conceitos e dimensões da Saúde Mental. De seguida, é aprofundada a temática dos determinantes da Saúde Mental e a sua complexa rede de interações. No final do capítulo, aborda-se a Saúde Mental através da lente da Saúde Pública com o foco, mais concretamente, sobre Portugal.

No terceiro capítulo, intitulado de “Comunidade Urbana: um Pilar da Promoção da Saúde Mental”, exploram-se os conceitos de Saúde Urbana e dos Condicionantes Contextuais da Saúde Mental ao mesmo tempo que se aprofunda o tema da Promoção da Saúde Mental em ambiente comunitário. No final do capítulo, explora-se a importância das expectativas da população em Saúde Mental e o seu papel fundamental na criação e implementação de planos e programas de Saúde.

No quarto capítulo, e seguindo a linha de pensamento acerca de planos e programas de Saúde, é abordado o Plano Local de Lisboa Central (6) que constitui-se uma peça fundamental para que os objectivos da sejam atingidos.

A segunda parte da presente dissertação diz respeito aos materiais e métodos utilizados para realizar a investigação e compreende o quinto capítulo onde se apresentam as questões e objectivos de investigação assim como o tipo de estudo realizado, a sua população-alvo, método de amostragem, método de colheita de dados, plano de tratamento e análise dos dados recolhidos e aspectos éticos.

A terceira parte engloba a apresentação dos resultados obtidos, seguido da sua discussão e, posteriormente, as conclusões da presente dissertação assim como recomendações para estudos futuros.

Ao aliar-se o conhecimento existente relativamente aos determinantes de Saúde Mental às expectativas em Saúde Mental das populações, torna-se possível uma melhor e mais eficaz gestão de recursos e investimentos em saúde.

PARTE I

Estado da Arte

1. BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL

“Is there no way out of the mind?”

“Não há maneira de sair da mente?”

Sylvia Plath, Poeta Americana

A história do ser humano está intimamente relacionada com o conceito de Saúde. A evolução e história da civilização humana têm que ver com a procura contínua de um estado que permitisse a manutenção e a melhoria da sua qualidade de vida, embora, à época, o conceito de Saúde fosse apenas uma abstração pois não existia uma definição sólida sobre em que consistia este estado e as suas componentes. Os maiores feitos da humanidade, como a descoberta do fogo, a agricultura, a construção de cidades e a Industrialização, possuem, no seu íntimo, o desejo do ser humano em conseguir criar novos engenhos que lhe facultassem cada vez mais possibilidades de atingir o equilíbrio que procura.

Desde, aproximadamente, a segunda metade do Século XX até à actualidade, é possível observar-se um esforço colectivo do ser humano em organizar-se, ao nível internacional, para promover e melhorar progressivamente a sua Saúde. Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu documento constitucional (1), procura ultrapassar um dos mais importantes desafios ao descrever o conceito milenar de Saúde e fá-lo descrevendo-o como *“um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não só a ausência de doença ou enfermidade”*.

Descrever um conceito de tamanha complexidade e tão intrínseco ao ser humano é uma tarefa formidável e, apesar desta definição procurar abranger o ser humano em todas as suas vertentes, tem vindo a ser alvo de várias críticas desde o momento da sua criação. As principais críticas a esta definição estão relacionadas, essencialmente, com as limitações que produz derivadas da palavra *“completo”*. Em suma, é uma tarefa monumental para qualquer ser humano conseguir atingir um completo estado de bem-estar físico, psíquico e social o que, para muitos críticos, torna esta definição inoperacional e imensurável. (8)

A criação desta definição, apesar das suas limitações, foi um marco histórico da humanidade pois trouxe à luz a importância do bem-estar social e da Saúde Mental na vida do ser humano, duas temáticas que foram alvo de inúmeras investigações e projectos ao longo deste último século. No mesmo ano em que a OMS apresentou a sua definição de Saúde, em 1948, decorreu o primeiro Congresso Internacional de Saúde Mental em Londres (9) que abordou a temática da higiene mental. Desde então,

a Saúde Mental tem vindo a desenvolver-se e a sua complexa rede de determinantes tem sido o objecto de estudo de muitos investigadores e académicos. Porém, foi no ano de 2001, que a Saúde Mental, efectivamente, assumiu um papel prioritário no âmbito da Saúde Pública na paisagem global com a publicação do *World Health Report 2001- Mental Health: New Understanding, New Hope* (10) da OMS cujo tema central residia na consciencialização mundial para a Saúde Mental e que vinha acompanhado de diversas recomendações neste âmbito, nomeadamente, ao nível do ambiente que rodeia o ser humano e do seu contexto social: as comunidades.

Este relatório trouxe à luz da comunidade internacional a inter-relação destes três conceitos: Saúde Mental, Ambiente e Comunidade e a importância destes dois últimos para o desenvolvimento e manutenção da Saúde Mental dos indivíduos e das populações. A Saúde Mental, anteriormente muito percepcionada como um conceito individual, passou a ser analisada como uma prioridade colectiva. *A posteriori*, este relatório permitiu, também, o desenvolvimento de diversas políticas públicas em Saúde Mental no sentido da Promoção da Saúde Mental.

2. SAÚDE MENTAL: A MENTE COMO PRIORIDADE

“Todos podemos, ao longo de uma vida, conhecer várias existências. “

José Eduardo Agualusa, Escritor Angolano

2.1 O MODELO SALUTOGÉNICO

A progressiva mudança de um paradigma biomédico de Saúde para um paradigma mais amplo e abrangente vivida durante o Século XX, tentou responder à pergunta: “*Quais são as origens da Saúde?*” à qual Antonovsky (11) procurou responder criando o modelo da Salutogénese e com o conceito de sentido de coerência. Para Antonovsky, Saúde é um movimento que se realiza num *continuum* que varia entre a incapacidade e a capacidade (12) e o sentido de coerência diz respeito à capacidade do indivíduo de compreender a sua própria situação e de utilizar os recursos disponíveis para que, quando sujeitos a um *stressor* ou a uma situação de tensão, caminhe na direcção da promoção da saúde, da sua capacidade máxima.

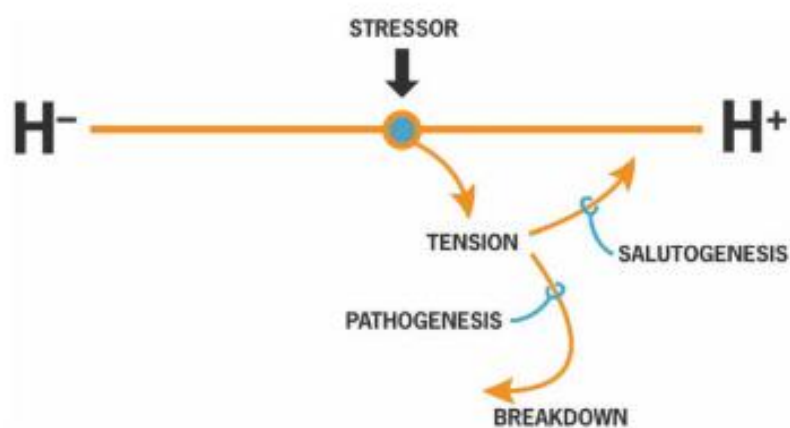


Figura 1. *Continuum* da Saúde de Antonovsky

Fonte: Eriksson M. The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In: The Handbook of Salutogenesis, 2017.

Os recursos disponíveis de um indivíduo, também denominados de recursos de resiliência, são essenciais para uma gestão eficaz de momentos ou situações de *stress* ou tensão e que podem afectar a posição do mesmo no *continuum* da Saúde. Devido à

natureza das interações indivíduo/ambiente, não é possível listar todos os recursos de resiliência possíveis, mas a relação entre estes e o sentido de coerência é de base recíproca. (13)

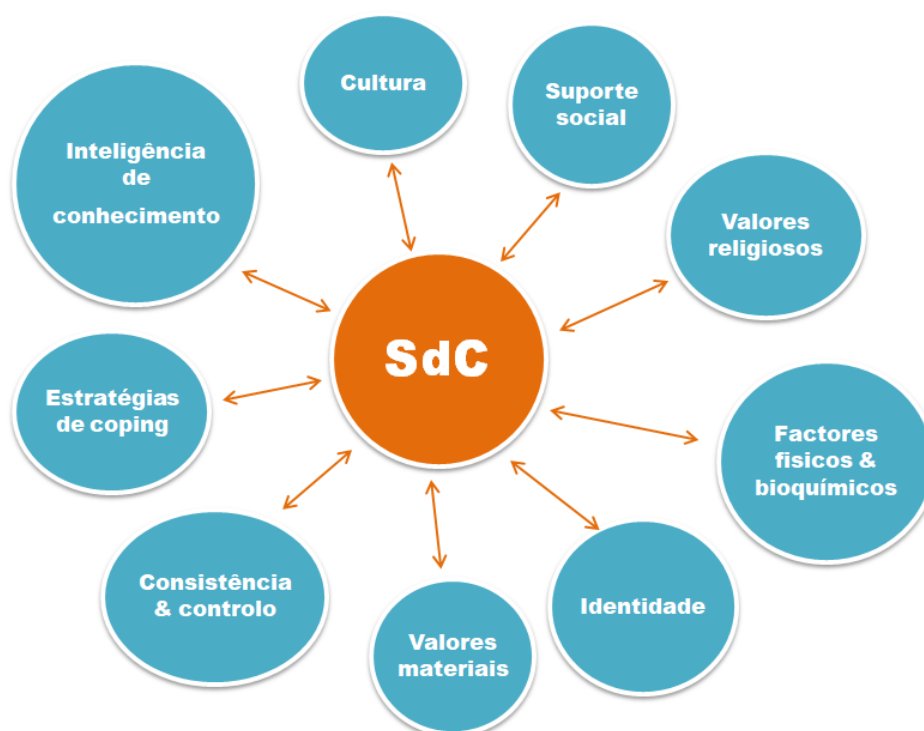


Figura 2. As Interações entre o Sentido de Coerência e Recursos de Resistência.

Fonte: Adaptado de Langeland E, VingeH. The Application of Salutogenesis in Mental Healthcare Settings. In: The Handbook of Salutogenesis, 2017.

Na **figura 2** apresentada acima, é possível perceber a natureza intimamente interligada entre estes dois conceitos. Um indivíduo que possua uma rede de apoio social sustentada irá desenvolver um maior sentido de coerência que, por sua vez, permitirá ao mesmo utilizar a rede de apoio social que possui de uma forma mais adequada e eficaz face à situação de tensão em que se encontra. Para Antonovsky, o sentido de coerência é definido por três pilares fundamentais (14): Capacidade de Compreensão (*comprehensibility*), ou seja, o indivíduo possui um sentimento de confiança de que os estímulos dos ambientes internos e externos ao longo da sua vida são estruturados, previsíveis e explicáveis; Capacidade de Gestão (*manageability*), ou seja, a extensão de recursos que o indivíduo tem ao seu alcance para gerir as exigências provenientes desse estímulo e, por fim, a Capacidade de Investimento (*meaning*), no sentido da capacidade do indivíduo encarar estas exigências como um desafio que seja merecedor do seu investimento.

Os conceitos teóricos deste modelo salutogénico, nomeadamente, o sentido de coerência e os seus pilares fundamentais, contribuem para a capacidade de *coping* dos indivíduos, promovendo a sua Saúde e bem-estar e diversos estudos (13) demonstraram que o conceito de sentido de coerência está intimamente relacionado com Saúde Mental e que uma abordagem salutogénica no âmbito da Saúde Mental pode resultar em ganhos para a Saúde dos indivíduos e comunidades.

2.2 SAÚDE MENTAL: CONCEITOS & DIMENSÕES

A Saúde Mental é conceptualizada pela OMS (2) como uma peça fundamental do conceito de Saúde e que diz respeito a um estado de bem-estar em que o indivíduo é capaz de perceber as suas próprias capacidades, lidar com situações de tensão na sua vida, trabalhar de forma productiva e consegue contribuir para a sua comunidade e família. A Saúde Mental reflecte, em essência o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente (3) que pode ser influenciado por factores individuais (biológicos e psicológicos); pelas interacções sociais; redes, recursos e estruturas de suporte social e valores culturais e / ou morais.

Esta complexa rede de interacções entre o indivíduo com ele próprio, com o ambiente exterior e com os outros pode ser interpretada como um processo onde diversas peças interpretam um papel fundamental em que factores de predisposição, factores de precipitação e factores de protecção entram em acção e, mediante a sua relação com as características individuais e contexto social do indivíduo, podem resultar em diversos *outcomes* e consequências. (3)

Na **figura 3**, apresentada de seguida, é possível visualizar a complexidade desta rede de interacções e a forma como cada peça influencia a outra em ambos os sentidos. Desta figura podemos, também, perceber que o nível de Saúde Mental de uma determinada população pode afectar das mais variadas maneiras a forma como a comunidade, onde os indivíduos estão inseridos, funciona, se organiza e se integra na sociedade e vice-versa. (3)

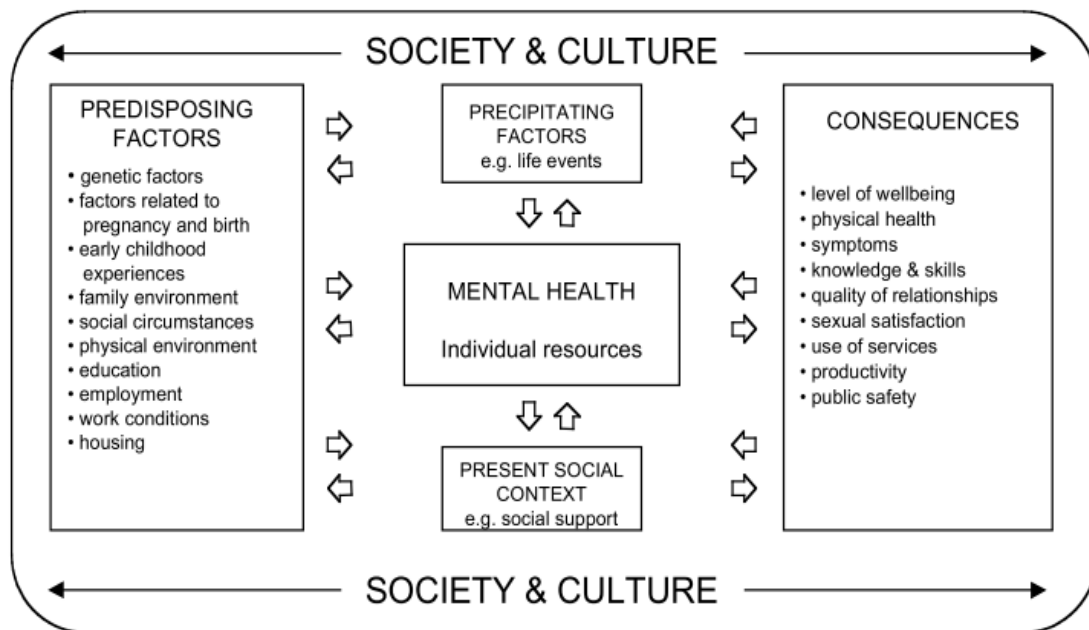


Figura 3. Modelo Funcional de Saúde Mental

Fonte: Lehtinen, V. Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing knowledge, 2008.

A Saúde Mental possui duas dimensões: Saúde Mental Positiva e Saúde Mental Negativa. A presente dissertação utiliza o quadro conceptual de Saúde Mental positiva (10) que está relacionada com a capacidade do indivíduo de perceber, compreender e interpretar o ambiente onde está inserido e adaptar-se ao mesmo ou modifica-lo se necessário assim como pensar e comunicar com o mesmo em detrimento ao conceito de Saúde Mental Negativa cujo foco é, essencialmente, nos vários problemas e distúrbios de Saúde Mental e sintomas associados. Desta forma, a ausência de um problema de Saúde Mental não está relacionada directamente com uma boa Saúde Mental. Ou seja, um indivíduo que sofra de um problema de Saúde Mental é capaz de atingir o bem-estar, contribuir e dar significado ao seu percurso de vida mesmo quando limitado pela sua condição. (15)

É possível verificar que esta conceptualização de Saúde Mental Positiva se complementa de forma natural ao conceito de *continuum* de Saúde de Antonovsky e de sentido de coerência, explorado no subcapítulo anterior.

Um outro conceito fundamental que importa explorar e que está relacionado com a Saúde Mental e com o Modelo Salutogénico de Antonovsky é o conceito de resiliência, definida como a capacidade do indivíduo de resistir face às adversidades e obstáculos da sua vida, e pode ser vista como um processo dinâmico influenciado pelas próprias

ferramentas e características do indivíduo e pelos factores de protecção explorados no início deste subcapítulo e pelos mais diversos determinantes de Saúde Mental. (3)

2.3 DETERMINANTES DA SAÚDE MENTAL

A Saúde do ser humano e das comunidades pode ser influenciada por inúmeros factores que, quando combinados, podem resultar em impactos significativos e resultar nas mais diversas consequências. De acordo com a OMS (16), os determinantes de saúde englobam o ambiente económico e social; o ambiente físico e características e padrões comportamentais do ser humano. Sendo a Saúde Mental uma parte integrante da Saúde, possui o seu conjunto específico de determinantes que podem ser categorizados em quatro domínios distintos: Factores e Experiências Individuais, Interações Sociais, Recursos e Estruturas da Sociedade e Valores Culturais. (3)

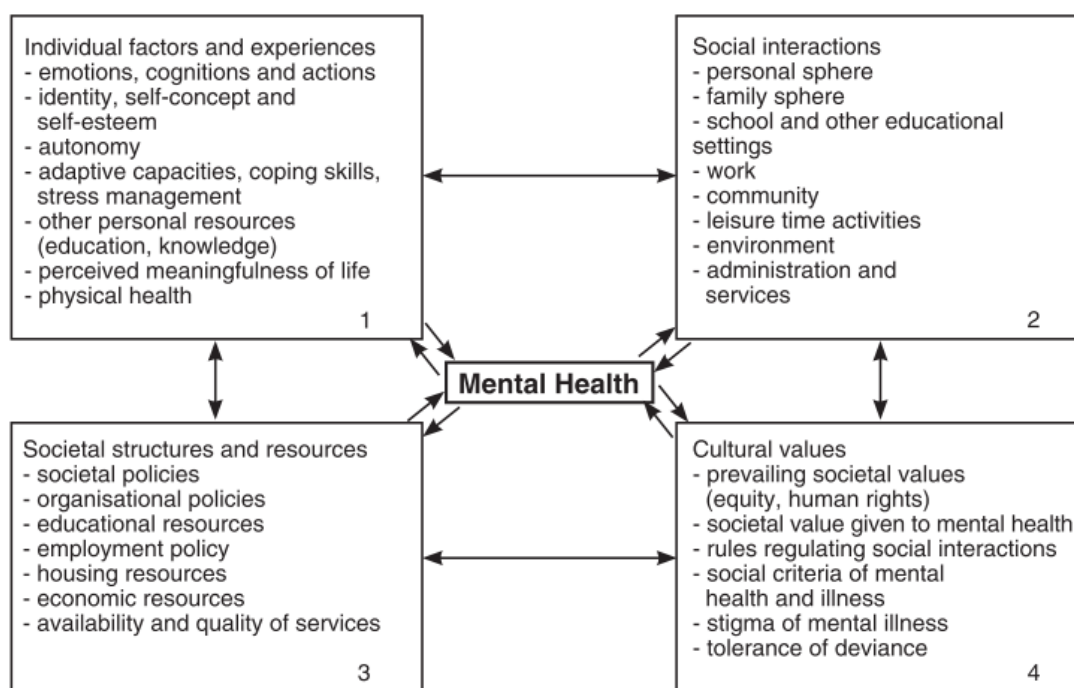


Figura 4. Domínios dos Determinantes de Saúde Mental.

Fonte: Lehtinen, V. *Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing knowledge*, 2008.

Estes quatro domínios interrelacionam-se entre si e podem ser simultaneamente ser causas ou consequências de Saúde Mental Positiva ou problemas relacionados com

Saúde Mental. Para além disso, é possível distinguir, dentro deste universo de determinantes, três grupos específicos (3): factores de promoção (*enhancing factors*) que conduzem a um aumento dos recursos de Saúde Mental Positiva do indivíduo, tais como: a comunidade, o trabalho e os recursos educacionais; factores de suporte (*supporting factors*) que estão relacionados com o desenvolvimento da capacidade de resiliência do indivíduo face a adversidades como, por exemplo, a auto-estima e o sentido de identidade e, por último, factores de protecção (*protective factors*) que diminuem a probabilidade do indivíduo de desenvolver problemas de Saúde Mental ao mitigar ou diminuir o impacto que eventos de vida negativos provocam no indivíduo.

Os determinantes de Saúde Mental são experienciados de forma diferente ao longo do ciclo de vida do ser humano e influenciam os indivíduos de uma forma particular conforme a sua idade, sexo, etapas de vida onde se encontram (15). No âmbito da Saúde Pública, é fundamental que estes conceitos e as suas relações sejam considerados num contexto macroscópico de forma a produzir avaliações, programas e monitorizações eficazes.

2.4 SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE EM SAÚDE PÚBLICA

No ano de 2001, a OMS procurou consciencializar a comunidade internacional para as questões da Saúde Mental e da sua importância para as populações com o seu relatório "*Mental Health: New Understanding, New Hope*". (3) Foram lançadas uma série de recomendações relacionadas com a importância da comunidade na manutenção e desenvolvimento de bons níveis de Saúde Mental assim como a interligação com diversos sectores. A Saúde Mental adquiriu, então, uma componente colectiva e já não seria percebida como uma questão isolada, meramente aplicada ao nível do contexto individual. Uma das recomendações sugeridas pela OMS estava relacionada com a investigação e, de facto, foi levado a cabo um esforço internacional para melhor compreender e aprofundar o conhecimento do ser humano relativamente à Saúde Mental e do seu papel no funcionamento da colectividade.

Estudos recentes (17) demonstram que problemas de Saúde Mental se traduzem em 13% da carga de doença global (*burden of disease*). A prevalência de problemas de Saúde Mental, a nível mundial, tem vindo a aumentar ao longo dos anos (fig. 5),

embora, em parte, o esforço desenvolvido para melhorar o diagnóstico eficaz destes distúrbios tenha contribuído largamente para o aumento deste número.

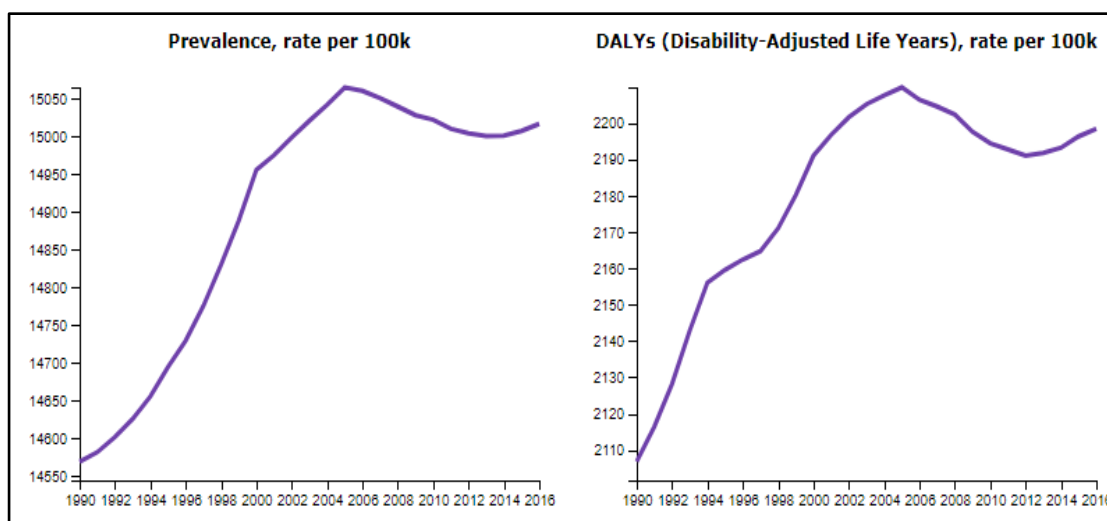


Figura 5. Prevalência e DALYs por 100 mil Habitantes, a nível mundial.

Fonte: Global Health Data Exchange do Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018.

<http://ghdx.healthdata.org>

O número de anos perdidos de vida saudável (*Disability-Adjusted Life-Year* ou DALY) (18) devido a problemas de Saúde Mental tem vindo a aumentar desde a década de 90. Estima-se (19) que problemas de Saúde Mental, neurológicos e utilização abusiva de substâncias constituem nove das vinte principais causas globais de DALY, ou seja, mais de 25% da incapacidade medida por todas as causas. Para além disso, estima-se, também, que os custos económicos provocados por estes problemas atingirão o valor de 16 triliões de dólares americanos ao longo dos próximos 20 anos, colocando em causa o desenvolvimento económico e o bem-estar das sociedades (19).

Em Portugal, a Saúde Mental está contemplada na *Lei de Saúde Mental* (20) assegurando a protecção e promoção da Saúde Mental dos indivíduos e estabelece os princípios gerais de política de Saúde Mental, nomeadamente, na alínea a) do 1º ponto do artigo 3º: “a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social” sublinhando a importância da comunidade e indo ao encontro das recomendações internacionais.

O *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (EENSM)* (21) foi o primeiro estudo realizado com o objectivo de avaliar a epidemiologia dos problemas em Saúde Mental do país e o seu impacto na população.

Portugal é o país Europeu com maior taxa de prevalência de problemas em Saúde Mental na população adulta, estimando-se, à data do ano de 2016, que um em cada cinco Portugueses sofre de um problema de Saúde Mental. (22) A taxa de mortalidade associada a problemas de Saúde Mental, em Portugal, quando comparada com outras causas, é relativamente baixa e está, maioritariamente, relacionada com os suicídios. (5) No entanto, ao procedermos à avaliação de outro indicador como o número de anos vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability* ou YLD) (23), podemos verificar (fig. 6) que duas das dez principais causas, relativamente ao ano de 2016, dizem respeito a problemas relacionados com Saúde Mental, nomeadamente, transtornos depressivos e transtornos de ansiedade. (24)

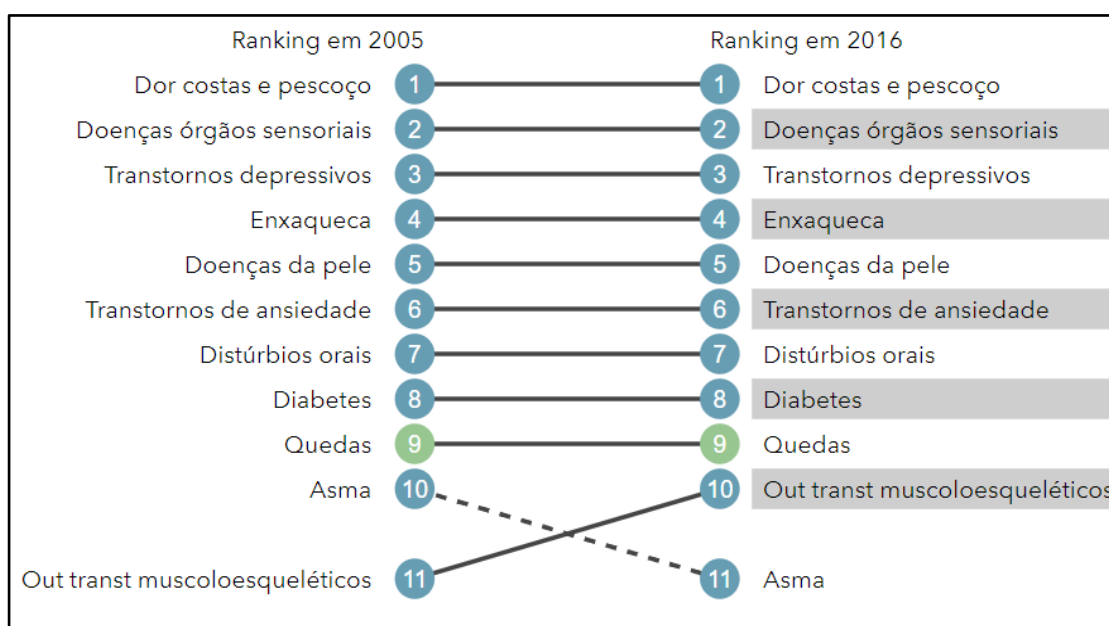


Figura 6. Principais Causas de YLD em Portugal no ano de 2016.

Fonte: Global Health Data Exchange, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018

<http://ghdx.healthdata.org>

Para além das estatísticas preocupantes, o 1º Relatório do EENSM (21) demonstrou que uma larga percentagem de pessoas com problemas de Saúde Mental permanece sem acesso a cuidados especializados e que muitas das pessoas que têm acesso a esses cuidados não beneficiam de modelos de intervenção, nomeadamente,

reabilitação psicossocial, ou de programas de tratamento considerados fundamentais. (25)

Desde o ano de 2016 (26), encontra-se em vigor, em Portugal, o *Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM)* (19) cujas principais competências dizem respeito à:

1. Promoção e dinamização da monitorização da Saúde Mental da população Portuguesa relativamente aos principais indicadores de morbilidade e utilização de serviços de saúde
2. Promoção e implementação de programas de promoção de Saúde Mental da população e programas de prevenção, tratamento e reabilitação de problemas de Saúde Mental.
3. Incentivar a articulação entre os vários sectores da saúde.
4. Dinamizar e incentivar a participação dos utentes e cuidadores ao nível da reabilitação e integração social das pessoas que sofrem de problemas em Saúde Mental. (27)

Integrado na visão do *Plano Nacional de Saúde (PNS)* (28) de “*maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis*”, o PNSM surge como uma afirmação da importância da Promoção da Saúde Mental na comunidade para Portugal indo ao encontro da evidência científica mais recente ao nível internacional onde o termo “Saúde Mental Pública” (*Public Mental Health*) começa a emergir para sublinhar a importância da Saúde Mental no âmbito da Saúde Pública, englobando diversas áreas da Saúde Mental como a promoção, prevenção, tratamento eficaz, prestação de cuidados e recuperação (29): “*Não existe Saúde Pública sem Saúde Mental Pública*”. (30)

O próximo capítulo explorará a importância da comunidade urbana no âmbito da promoção da Saúde Mental e da Saúde Pública.

3. COMUNIDADE URBANA: UM PILAR DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

“In this world, there are things you can only do alone, and things you can only do with somebody else. It’s important to combine the two in just the right amount.”

“Neste mundo, há coisas que só se podem fazer sozinho e coisas que só se podem fazer com mais alguém. É importante combinar ambas na dose certa.”

Haruki Murakami, Escritor Japonês

O ser humano, ao longo do seu percurso desde tempos primordiais, tende a aglomerar-se em núcleos com outros seres humanos pelas mais diversas razões: segurança, protecção e relação social. Após a revolução da agricultura, os seres humanos abandonaram a sua vida nómada e começaram a instalar-se em locais privilegiados que cumpriam determinadas características, como por exemplo, a qualidade do solo para plantações, acesso a água potável, segurança de predadores e/ou outros grupos de seres humanos. Ao longo do tempo, estas povoações foram-se desenvolvendo, tanto ao nível de hierarquia social como ao nível de infraestruturas, e, progressivamente foram-se transformando no que, actualmente, conhecemos como cidades ou núcleos urbanos.

A cidade é um local onde se concentram pessoas, oportunidades e diversos serviços, nomeadamente, serviços de saúde e de educação e, para uma proporção cada vez maior da população humana, assume-se como o local para viver com melhores perspectivas para o futuro. (31) Porém, desde a revolução industrial, o crescimento estonteante das cidades tem provocado consequências profundas na vida do ser humano em todas as suas dimensões, principalmente, ao nível da sua saúde física, saúde mental e relação social. Actualmente, mais de metade da população mundial reside em áreas urbanas e estima-se que em 2030 mais de dois terços da população mundial irão residir nestas áreas. (32)

As cidades possuem características que as diferem uma das outras e podem existir diversas realidades diferentes dentro da mesma cidade (33): as comunidades urbanas. A relação entre a cidade, ou a comunidade urbana, e a saúde mental do indivíduo tem adquirido um papel importante nos últimos anos e tem sido alvo de inúmeros programas e investigações com o objectivo de compreender de que forma estes dois conceitos se influenciam (33), quais as suas implicações e qual a melhor forma de aliar

o desenvolvimento urbano às necessidades e expectativas da população que reside nesse espaço, no âmbito da Saúde Mental.

3.1 SAÚDE URBANA & SAÚDE MENTAL

A Saúde Urbana tem vindo a ser reconhecida como uma prioridade a nível global devido à crescente migração da população de áreas rurais para áreas urbanas. Aliando este factor à evidência científica (34, 35, 36) existente de que uma urbanização rápida e não planeada pode provocar efeitos nefastos na saúde das populações, nomeadamente, ao nível das necessidades básicas de vida, acesso a cuidados de saúde, emprego, segurança, apoio social ou isolamento; e ao conhecimento científico existente de que as características do ambiente, os determinantes contextuais (fig. 7), podem produzir impactos positivos ou negativos na saúde mental individual e colectiva (2), a Saúde Urbana revela-se como um pilar crucial, no âmbito da Saúde Pública, para construir, promover e desenvolver uma Saúde Mental Positiva da população.

Características do ambiente físico e construído	Características do ambiente socioeconómico	Características do ambiente de interacção social e cultural
Habitação	Pobreza	Redes sociais de apoio social
Saneamento	Rendimento	Capital Social
Poluição	Emprego/desemprego	Coesão Social
Mobilidade e transportes	Educação	Identidade e Pertença
Espaço verde e azul	Segurança Alimentar	Racismo e discriminação social
Dispersão/concentração da população	Estatuto Socioeconómico	Justiça
Desenho e manutenção do espaço urbano		
Uso do solo		
Acesso a equipamentos e serviços		
Segurança		

Figura 7. Condicionantes Contextuais da Saúde Mental.

Fonte: Adaptado de Loureiro A, Lima J, Partidário M do R, Santa P. Condicionantes da Saúde Mental e os instrumentos de avaliação de impactos. 2015

Regressando aos domínios dos determinantes da Saúde Mental (fig. 4), abordados no segundo capítulo da presente dissertação, percebe-se que três dos quatro domínios estão intimamente relacionados com o ambiente que rodeia o ser humano: interações sociais, recursos/ estruturas da sociedade e valores culturais (4); e, portanto, é possível compreender a importância e a influência que o ambiente produz ao nível da Saúde Mental do indivíduo e da colectividade.

Considerando que o ambiente físico e socio-cultural assim como as condições de vida estão parcialmente dependentes de políticas locais, o papel das autarquias e municípios assume um papel fundamental no que diz respeito à promoção e manutenção da Saúde Mental dos seus munícipes (37, 38).

É colocado, assim, um desafio à governança local: definir, implementar, avaliar e monitorizar as estratégias e políticas que influenciam o bem-estar mental das populações (4) e actuar holisticamente ao nível das condicionantes contextuais da Saúde Mental.

3.2 CONDICIONANTES CONTEXTUAIS DA SAÚDE MENTAL

São vários os condicionantes contextuais da Saúde Mental (fig.7) e a sua relação com o indivíduo/população, muitas vezes, não é directa (4). Para além disso, a ocorrência de uma mudança num dos condicionantes pode provocar uma alteração em cadeia significativa em outros condicionantes através dos seus processos de interacção. Todavia, é possível categorizá-los em 3 categorias distintas.

As características do ambiente físico e construído podem influenciar a saúde e bem-estar mental da população residente e actuar ao nível dos comportamentos dos indivíduos, como por exemplo a prática de actividade física, contacto com a natureza e o acesso a instituições, equipamentos e serviços. (37, 39)

O próprio *design* urbano pode potenciar ou influenciar negativamente o acesso a equipamentos e serviços de saúde, promovendo a inequidade de acesso a cuidados e influenciando a auto-percepção da população relativamente à sua própria segurança (37, 40, 41). A inclusão de espaços verdes e azuis no desenho urbano é um aspecto fundamental a ser considerado no âmbito do ambiente físico e construído. Para além de serem espaços promotores de actividades de lazer, estes espaços possibilitam o contacto com a natureza que, por sua vez, possui um efeito restorativo ao nível psicológico e emocional do indivíduo. (42, 43)

As características do ambiente socioeconómico e a sua influência na Saúde Mental das populações têm sido amplamente investigadas. Diversos estudos têm demonstrado a relação entre a população que reside num ambiente com um estatuto socioeconómico desfavorecido e a ocorrência de problemas em Saúde Mental (37, 44) assim como o ciclo vicioso que se cria entre a existência de problemas de Saúde Mental e um estatuto socioeconómico de baixo rendimento e que pode ter um impacto significativo ao longo da vida dos indivíduos e populações, nomeadamente, ao nível dos estilos de vida, predisposição a consumos abusivos e adopção de comportamentos de risco (45, 46). A relação emprego/desemprego e Saúde Mental da população adulta (*working age*) é outra temática que tem sido alvo de inúmeras investigações (47) que demonstraram uma relação directa entre os níveis elevados de desemprego e baixos níveis de saúde mental das populações.

As características do ambiente de interacção social e cultural dizem respeito à forma e organização da comunidade e as redes de suporte social existentes (4, 37). Ao interagir com o seu ambiente social próximo – amigos, vizinhos, familiares ou colegas de trabalho – de forma positiva, o indivíduo retira benefícios para a sua saúde e bem-estar mental. Pelo contrário, um indivíduo que não seja capaz de realizar estas interacções positivas possui um risco elevado de isolamento, mortalidade (48) e desenvolvimento de problemas em Saúde Mental, nomeadamente, transtornos depressivos (49). Uma comunidade dotada de uma rede de apoio social, formal ou informal, será uma comunidade com um maior nível de Saúde Mental. (50)

Pela sua influência e potencial, todas estas características dos condicionantes da Saúde Mental devem ser avaliadas e consideradas no âmbito da realização de programas de promoção da Saúde Mental.

3.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

Independentemente da percepção e definição que a saúde assume em diferentes sociedades, deve constituir-se sempre como uma ferramenta essencial para promover a qualidade de vida (51). Assim, a Promoção da Saúde, incorporando “*todas as acções a nível educativo, organizacional, ambiental, económico e político*” (52) com o objectivo de promover mudanças de comportamentos e do próprio ambiente para elevar os níveis de saúde, constitui-se como um elemento essencial da acção da Saúde Pública ao nível comunitário. A Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde (fig. 8) (53), elaborada no ano de 1986, constitui-se como um marco histórico ao definir os aspectos

essenciais para desenvolver e promover saúde. Desde então, o conceito de Saúde encontra-se intimamente relacionado com o modelo salutogénico (abordado no segundo capítulo da presente dissertação) ao mudar o foco de acção para o desenvolvimento das capacidades de resiliência e sentido de coerência dos indivíduos e comunidades.

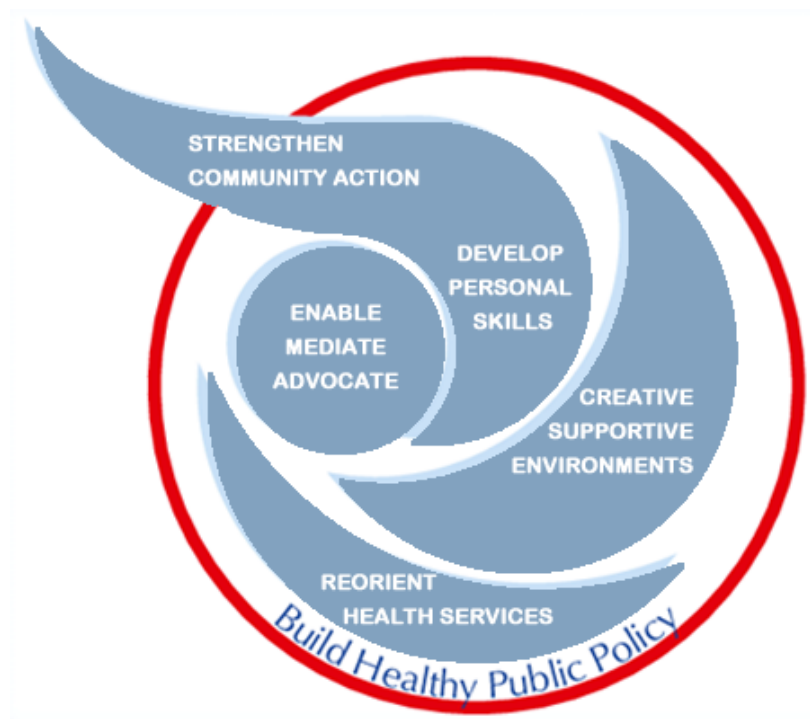


Figura 8. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde.

Fonte: Adaptado de World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion.1986.

A relação entre Promoção da Saúde e a Comunidade, após as sementes plantadas pela Carta de Ottawa, foi-se desenvolvendo ao longo das décadas seguintes adquirindo, progressivamente, mais relevância no âmbito da saúde internacional. No ano de 1997, a Declaração de Jacarta (54) aprofundou esta temática ao nível dos poderes locais e na criação de um ambiente político favorável à implementação de actividades de promoção da saúde intersectoriais. Pouco tempo depois, no ano de 2000, no México, a interacção, cooperação e participação entre investigadores, decisores políticos, profissionais e comunidades foi alvo de destaque pois com uma interacção optimizada, os investigadores serão capazes de responder a perguntas que são valorizadas e valiosas para a tomada de decisão e, consequentemente, os decisores políticos e os profissionais poderão dar melhor uso aos resultados das investigações de forma a ir ao encontro das expectativas das comunidades com quem trabalham (55). Uma década após a declaração do México, em Adelaide (56), a

questão da governança é novamente colocada em destaque. É destacada a importância da inter-sectorialidade no âmbito da Promoção da Saúde para o desenvolvimento do social, económico e ambiental das comunidades. Em 2013, a Declaração de Helsinquí (57), volta a focar-se na importância da comunidade e da sua inclusão durante o desenvolvimento, implementação e monitorização dos programas de saúde, traduzindo-se, assim, no desenvolvimento da literacia em saúde das comunidades.

Melhorar a Saúde Mental de uma comunidade é, portanto, uma prioridade. No entanto, tal objectivo, de forma a ser atingido, requer uma abordagem compreensiva que englobe a promoção da Saúde Mental assim como a prevenção e o tratamento de problemas em Saúde Mental (58). Este conceito amplo vai ao encontro da recomendação da OMS “Saúde em todas as Políticas” (59), promovendo a intersectorialidade (fig. 9), responsabilizando e interligando os diversos sectores (educação, segurança social e ambiente) de forma a criar respostas integradas que procurem criar programas e acções que se traduzam num impacto positivo para a saúde dos indivíduos e das populações. Torna-se essencial que a Promoção da Saúde se torne uma responsabilidade da sociedade em todos os seus contextos: desde o comércio e indústria, até à educação e cultura. (37,38)



Figura 9. Framework para Políticas e Estratégias em Saúde.

Fonte: Direção Geral de Saúde. Plano Nacional De Saúde Revisão E Extensão a 2020

As intervenções no âmbito da Promoção da Saúde devem ser baseadas numa abordagem ao longo do ciclo de vida e personalizado ao nível dos *settings* onde se pretende intervir (28). Uma abordagem ao longo do ciclo de vida traduz-se em diversos benefícios (38, 60):

- Promove uma intervenção integrada que engloba os diversos níveis da saúde: cuidados primários, hospitalares e cuidados continuados e que actue sobre os diversos determinantes da saúde desde o nascimento até à morte.
- Promove a possibilidade de intervenção ao nível dos factores de risco.
- Reforça uma cadeia de potenciação de efeitos positivos e permite a atenuação de efeitos negativos dos factores de risco e determinantes de saúde.
- Consciencializa a sociedade para a importância da avaliação de necessidades da população assim como a intervenção oportuna em períodos críticos/vulneráveis do ciclo de vida.

A OMS defende que a Promoção da Saúde Mental pode ser realizada através de intervenções de Saúde Pública e sociais e delimita as principais áreas onde a Promoção da Saúde Mental demonstra ser mais eficaz e pertinente (61):

- Intervenções na infância que englobem o apoio psicossocial das crianças e das mães, principalmente em zonas de menor estatuto socioeconómico.
- Actividades de promoção de saúde mental nas escolas.
- Actividades de promoção de saúde mental no trabalho, tais como, prevenção do stress e promoção do trabalho em equipa.
- Programas de prevenção de violência.
- Desenvolvimento do suporte social para a população mais envelhecida.
- Programas de desenvolvimento Comunitário, nomeadamente, desenvolvimento das redes de apoio social e desenvolvimento de equipas comunitárias.

A comunidade emerge, desta forma, como um espaço essencial onde é possível actuar sobre os determinantes da saúde mental das populações através do planeamento local orientado numa perspectiva salutogénica (37, 38) com o objectivo último de ir ao

encontro das necessidades e expectativas em Saúde Mental dessas populações de forma a melhorar e desenvolver o seu bem-estar.

3.4 AO ENCONTRO DAS EXPECTATIVAS DA COMUNIDADE

As expectativas em saúde constituem-se como um fenómeno relevante na forma em que os indivíduos e as comunidades experienciam o conceito de Saúde e cuidados de Saúde (62). No entanto, a conceptualização e operacionalização do conceito de “expectativa em saúde” é problemática visto que o próprio conceito de expectativa está intimamente relacionado com outros conceitos subjetivos como a esperança, desejos, preferências, satisfação e até com a própria noção de necessidade. (63)

O conceito de “necessidade” em saúde possui uma vertente mais analítica e operacional podendo ser definido, de acordo com a OMS (64), como *“deficiências em saúde objectivamente determinadas que carecem de cuidados de saúde desde a promoção à palição”*. As expectativas em saúde, por sua vez, estão relacionadas com a percepção dos indivíduos e comunidades dessas mesmas deficiências podendo ou não ser coincidentes com as que foram objectivamente determinadas (64). No fundo, uma expectativa em saúde pode ser definida como uma predição subjectiva acerca das consequências ou resultados de um determinado fenómeno relacionado com a saúde (64).

Diversos modelos (63, 65) foram construídos com o objectivo de definir e operacionalizar este conceito. Alguns destes modelos possuem uma abordagem mais psicológica e outros uma abordagem mais sociológica. No âmbito da presente dissertação, o modelo criado por Janzen *et al.* (63) apresenta uma abordagem conceptual mais pragmática, sublinhando a importância das expectativas no contexto da saúde e as suas consequências nos indivíduos e populações. De acordo com este modelo, uma expectativa é formulada a partir de um fenómeno precipitante e que é sujeita, posteriormente, a um processo cognitivo. Este processo é influenciado pelos mais diversos factores individuais como experiências prévias, conhecimentos e crenças, e que resulta, no final deste processo, em comportamentos e atitudes que, por sua vez, são moldados a partir da percepção do próprio indivíduo relativamente às consequências da sua expectativa, nomeadamente, se as suas expectativas foram realizadas ou não. (63)

Uma expectativa em saúde não realizada influencia, directamente, a forma como o indivíduo e a população percebem e lidam com determinada situação (63). No âmbito da Saúde Mental este aspecto assume um papel fundamental. Quando um indivíduo ou uma população recebem cuidados adequados e que cumpram as suas próprias expectativas, a recorrência de sintomas e utilização de serviços médicos diminui substancialmente. (66)



Figura 10. Equilíbrio entre necessidades, prioridades e expectativas.

Fonte: Adaptado de World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving performance, 2000.

Em Saúde Pública, as expectativas das populações e das comunidades adquirem um papel de relevo no âmbito dos programas e projectos ao nível comunitário. A OMS, no ano de 2000, elegeu, como um dos principais objectivos a atingir a nível mundial, o melhoramento das respostas dos sistemas de saúde e dos programas em saúde pública ao nível das expectativas das populações (7) sublinhando a importancia de uma combinação equilibrada entre necessidades em saúde identificadas, prioridades sociais e expectativas da população. Este ténue equilíbrio tem como objectivo último melhorar o alocação de recursos disponíveis e, desta forma, suprimir necessidades ao mesmo tempo que se realizam as expectativas da população para que consigam atingir melhores níveis de Saúde.

4. PLANO LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA CENTRAL

O Plano Local de Saúde de Lisboa Central (PLSLC), editado pelo Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central (AceS Lx Central), assume-se como um documento estratégico com as seguintes missões (6):

- *“Identificar os problemas e necessidades de saúde da população;*
- *Ser quadro de referência para as políticas de saúde da comunidade;*
- *Catalisar a melhoria da saúde da comunidade, através da projeção do estado de saúde da população e da proposta de metas a alcançar;*
- *Ser um instrumento de governança que auxilia a gestão e a tomada de decisões pelos líderes de saúde locais;*
- *Integrar e articular os esforços dos parceiros em torno de objetivos comuns, reforçando uma abordagem intersetorial e de Saúde em Todas as Políticas (DGS - Manual Orientador dos PLS).”*

Segue as linhas estratégicas e orientações operacionais delineadas pelo Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (67) e o seu desígnio encontra-se alinhado com o desígnio do Plano Nacional de Saúde: *“a redução da mortalidade prematura, a melhoria da esperança de vida saudável e ainda a redução dos factores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis”* (6) através de uma abordagem orientada e centrada para a obtenção de ganhos em saúde com uma intervenção focada na Promoção da Saúde e Prevenção da doença. (figura 11)

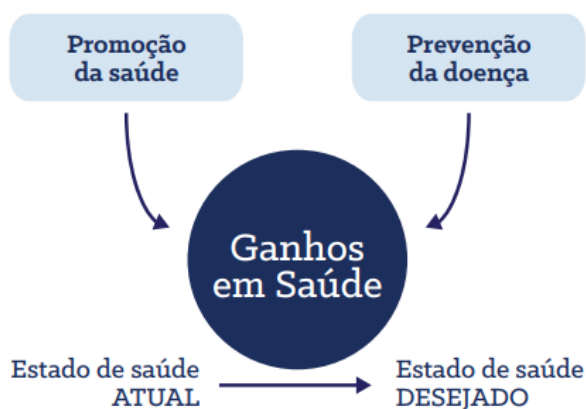


Figura 11. Abordagem do PLS AceS Lx Central.

Fonte: Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, 2018.

4.1 PERFIL DE SAÚDE DE LISBOA CENTRAL

O território do AceS Lx Central abrange 13 freguesias da Cidade de Lisboa:

- Parque das Nações
- Olivais
- Marvila
- Areeiro
- Beato
- Arroios
- **Penha de França**
- São Vicente
- Santo António
- Santa Maria Maior
- Misericórdia
- Campo de Ourique
- Estrela



Figura 12. Freguesias de Lisboa abrangidas pelo PLS AceS Lx Central.

Fonte: Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, 2018 (6)

4.1.1 Caracterização Demográfica de Lisboa Central

À semelhança do que tem vindo a acontecer em Portugal e pelo resto do globo, a pirâmide etária do Concelho de Lisboa tem vindo a sofrer uma progressiva inversão: diminuição do número de população jovem e um aumento da população idosa (figura 13). No ano de 2014, 27,7% da população residente no Concelho de Lisboa possuía mais de 65 anos. O índice de envelhecimento (nº de idosos / nº de jovens) do Conselho de Lisboa situava-se nos 182,0 com a Freguesia de Penha de França com o valor mais elevado: 246,7, ou seja, nesta Freguesia, para cada 100 jovens existiam cerca de 246 idosos.

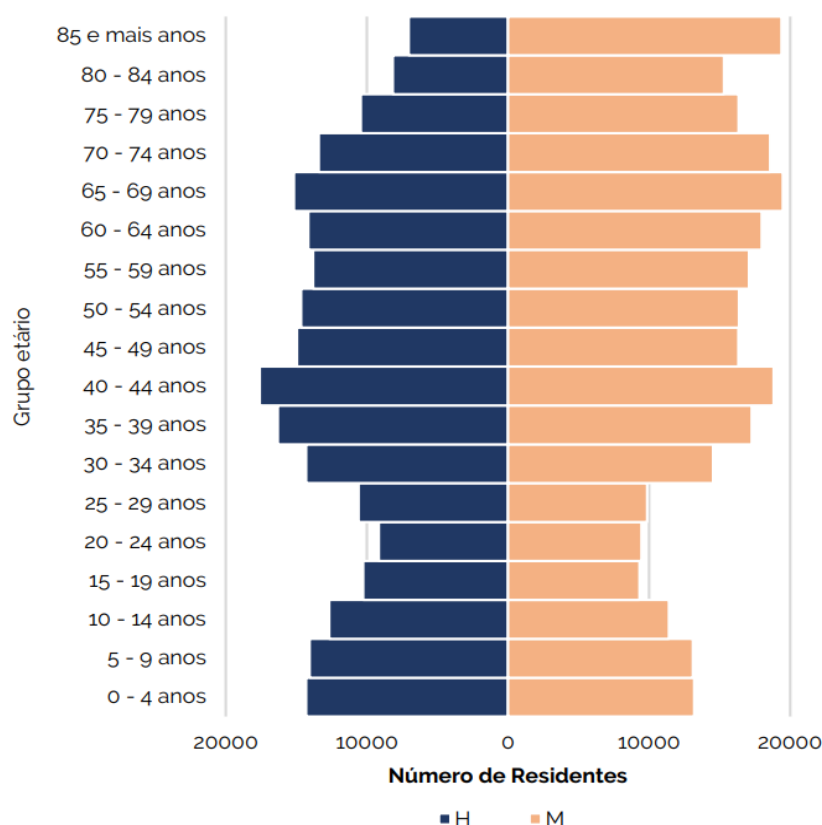


Figura 13. Pirâmide Etária da População do Concelho de Lisboa em 2016.

Fonte: Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, 2018 (6)

Quando comparada com a pirâmide etária do ano de 2011, verifica-se um aumento da população pertencente aos grupos etários dos 0-4 anos e 5-9 anos e um ligeiro aumento da população mais idosa. Lisboa possui, portanto, uma população envelhecida, mas com

potencial de rejuvenescimento devido ao aumento da população mais jovem e do aumento da taxa bruta de natalidade (figura 14). No entanto, devido à inversão da pirâmide etária e ao aumento da esperança média de vida, o grau de dependência dos idosos tem vindo a aumentar no Concelho de Lisboa.

Indicador	Sexo	Período	Unidade	Continente	ACeS Lxa Norte + Lx Central
População residente	HM	2015	Nº	9 839 140	504 471
Índice de envelhecimento	HM	2015	/100	149,6	187,0
Taxa bruta de natalidade	HM	2015	‰	8,2	11,4
Esperança de vida à nascença	H	13-15	Nº	78,1	77,4
	M			84,3	85,2

Figura 14. “Quem somos?” – AceS Lisboa Norte e Central

Fonte: Adaptado de Perfil Local de Saúde AceS Lisboa Central, 2016. (68)

No que diz respeito à Educação, verificou-se um aumento da população residente na Cidade de Lisboa que concluiu o Ensino Superior. (figura 15)

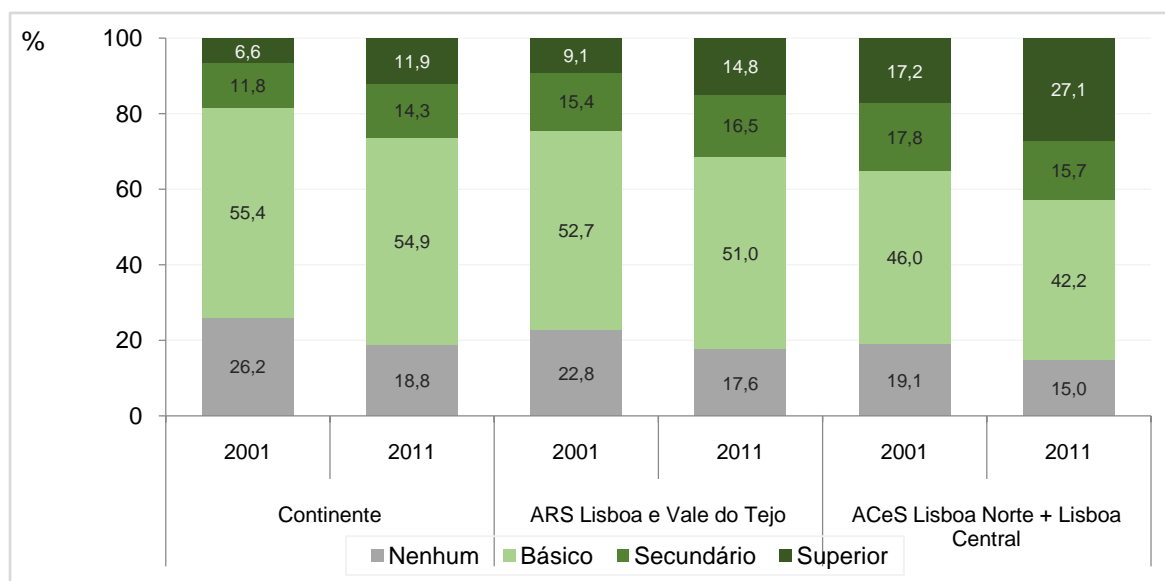


Figura 15. Distribuição da população residente por grau de escolaridade.

Fonte: Perfil Local de Saúde AceS Lisboa Central, 2016. (68)

A taxa de desemprego do Concelho de Lisboa, à data do ano de 2011, encontrava-se nos 12%, salientando que, nesta data, Portugal enfrentava uma severa crise económica e financeira. Relativamente ao nível de segurança do Concelho de Lisboa, a taxa de criminalidade, à data do ano de 2015, situava-se nos 75,6% contra os 33,4% de Portugal Continental. 100% da população do Concelho de Lisboa, já à data do ano de 2009, era servida por saneamento básico, drenagem de águas residuais e por ETAR. (figura 17)

Indicador	Período	Concelho de Lisboa
Emprego		
Taxa de Desemprego	2011	12%
Pop. que não estuda nem trabalha	2011	18,2%
Suporte Social		
Beneficiários de subsídio de desemprego da SS (por 1000 habitantes em idade activa)	2015	21,4% (dados dos AceS Lx Norte e Central)
Segurança		
Taxa de Criminalidade	2015	75,6%
Ambiente		
População servida por saneamento básico	2009	100%

População servida por drenagem de águas residuais	2009	100%
População servida por ETAR	2009	100%

Figura 16. Caracterização Demográfica do Concelho de Lisboa por emprego, suporte social, segurança e ambiente.

Fonte: Adaptado de Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, 2018 (6) e Perfil Local de Saúde AceS Lisboa Central, 2016 (68)

4.1.2 Diagnóstico de Situação da Saúde Mental de Lisboa Central

Destacam-se, no âmbito da Saúde Mental, a proporção de inscritos com diagnóstico activo de Perturbações Depressivas, mais prevalente no sexo masculino, e do abuso do tabaco que constituem o 3º e o 4º diagnóstico activo mais frequentes na população enquadrada no AceS de Lisboa Central o que reforça a importância de uma intervenção neste nível. (figura 17)

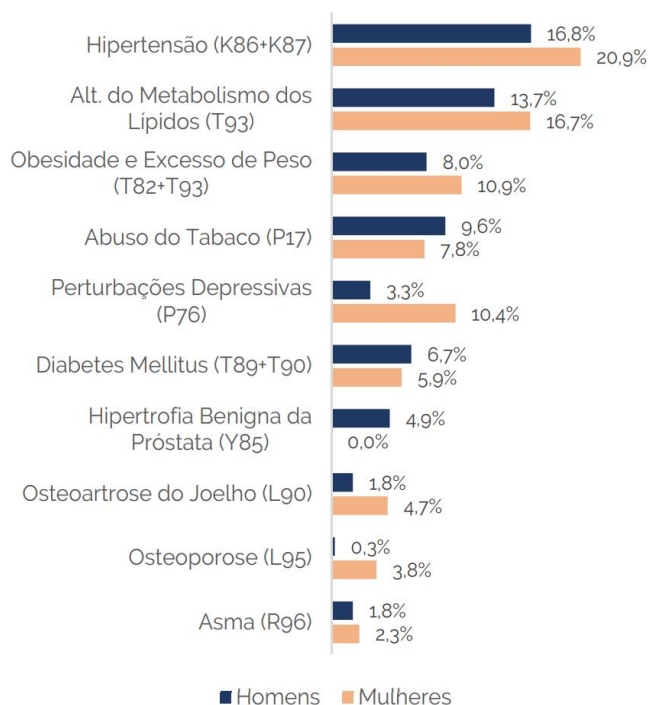


Figura 17. Proporção de inscritos (%) por diagnóstico activo no AceS Lx Central.

Fonte: Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, 2018 (6)

Para além disso, verifica-se que os transtornos mentais e comportamentais se situam em 7º lugar na lista das 10 principais causas de morte no Concelho de Lisboa, resultando em 239 óbitos apenas no ano de 2016. (figura 18)

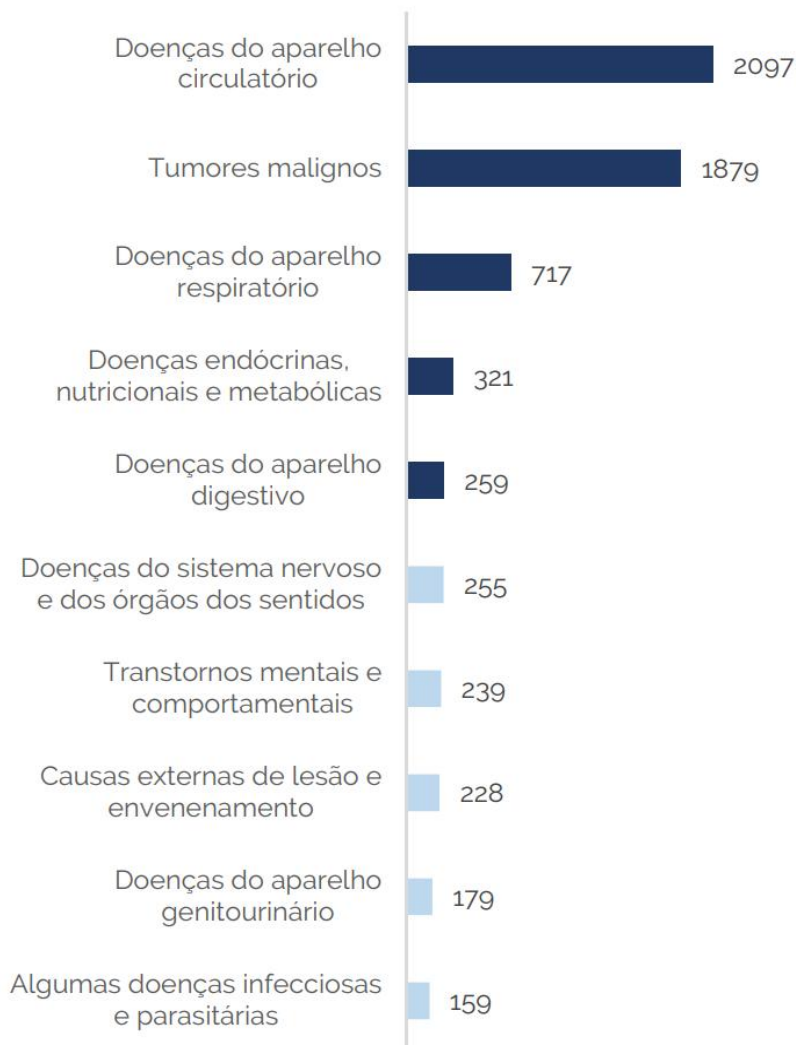


Figura 18. Nº de Óbitos pelas 10 principais causas de morte no Conselho de Lisboa em 2016.

Fonte: Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, 2018 (6)

4.1.3 Freguesia de Penha de França – Enquadramento Histórico & Demográfico

A Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa nasce, enquanto freguesia, a 13 de abril de 1918. Localizada numa região que fora pouco povoada durante vários séculos, viu a sua população crescer com a construção da Igreja, no ano de 1597, e do Convento, em

1603. O seu desenvolvimento, inicialmente, prende-se com a fixação de vários nobres na região dando lugar à construção de quintas e casas nobres. Em 1755, o Terramoto de Lisboa trouxe consequências nefastas destruindo as várias quintas e casas construídas. A partir deste momento, a tendência inverte-se e a região vê, novamente, os seus números a decrescerem até ao início do século XIX. É neste século que se inicia a construção de várias Vilas Operárias e trazem consigo a construção de arruamentos e um período de desenvolvimento urbano acelerado e desordenado. (69)

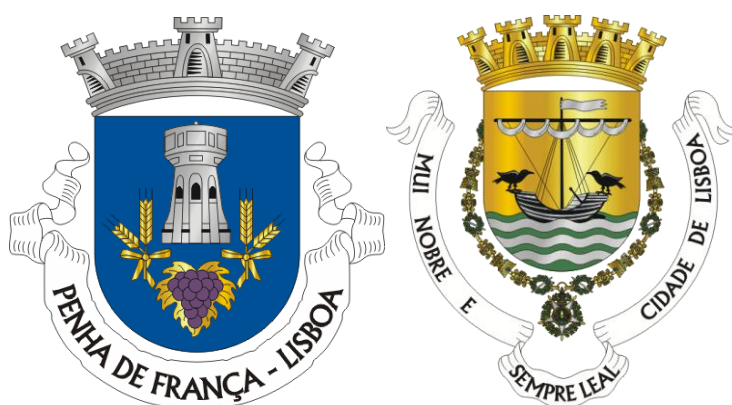


Figura 19. Brasão da Freguesia de Penha de França e da Cidade de Lisboa.

No ano de 2012, ocorreu uma reorganização administrativa das diversas freguesias que constituem a Cidade de Lisboa, aglomerando a Freguesia de Penha de França à, agora extinta, Freguesia de São João. Actualmente, a Freguesia de Penha de França possui uma área de 2,20km², abrangendo 3% do território da Cidade de Lisboa e 5% dos edifícios e alojamentos o que se traduz na sua elevada densidade populacional de 10319,9 hab/km. Conta com uma população de 27,976 pessoas, à data do ano de 2011. (69)

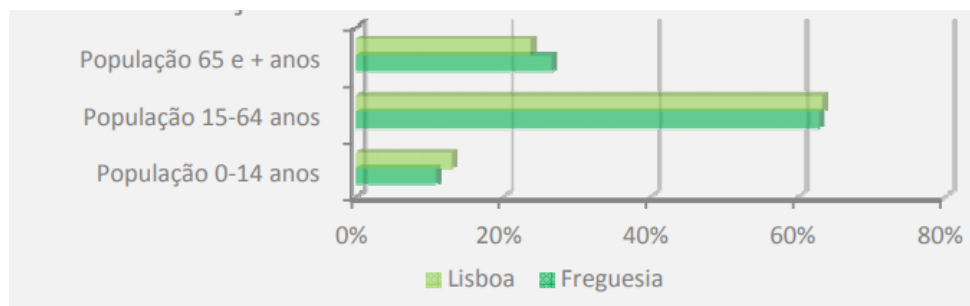


Figura 20. Distribuição de residentes de Penha de França por grupo etário.

Fonte: Caracterização Social da Freguesia de Penha de França, CML. (70)

Mais de 60% da população da Freguesia de Penha de França encontra-se no grupo etário dos 15-64 anos seguido de, aproximadamente, 25% da população que possui mais de 65 anos e 15% com idades inferiores a 14 anos (68). Com um índice de envelhecimento de 246,7, é a Freguesia de Lisboa mais envelhecida.

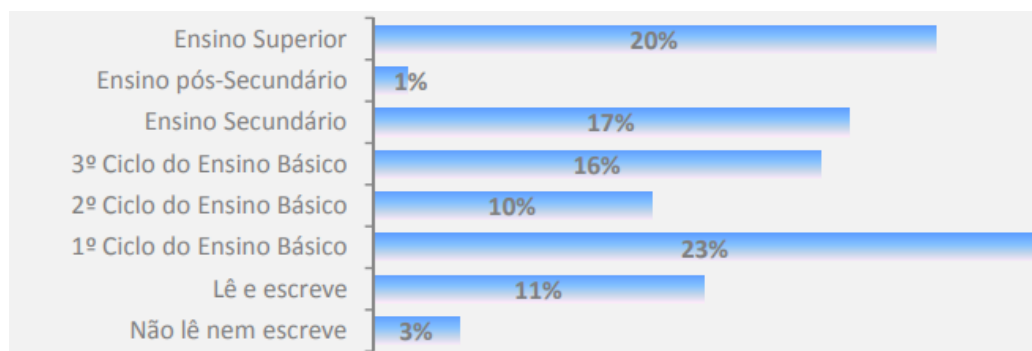


Figura 21. Distribuição de residentes de Penha de França por grau de escolaridade.

Fonte: Caracterização Social da Freguesia de Penha de França, CML. (68)

Em termos de grau de escolaridade, o grupo mais representativo diz respeito à população com o 1º ciclo do ensino básico concluído, seguido do Ensino Superior. A taxa de analfabetismo da Freguesia situa-se, à data de 2011, nos 3% (69). Estes números aproximam-se dos dados apresentados e explorados anteriormente relativamente ao AceS de Lisboa Central.

A taxa de desemprego da Freguesia de Penha de França, à data do ano de 2011, situa-se nos 11% (69), com uma diferença de 1% da restante Cidade de Lisboa que se situa nos 12%.

A Freguesia de Penha de França encontra-se munida de diversos equipamentos de resposta/apoio social e de saúde. Apresenta-se, na (figura 22), uma tabela que ilustra todos os equipamentos sociais e de saúde presentes na Freguesia de Penha de França categorizados pelas áreas de intervenção: Infância & Juventude, Pessoa Adulta e Família & Comunidade. (70)

Área de Intervenção: Infância & Juventude	
Lar de Jovens	Fundação Obra do Ardina
Actividades Sócio-Educativas	CED D. Maria Pia
Centros Actividades de Tempos Livres	Centro Social & Paroquial de Penha de França (CSPPF) Centro Social Mãe de Deus
Creche	Creche Missão N. Senhora Fundação Júlia Moreira Externato Santa Maria do Mar Associação de Penha de França – Centro Infantil Santos-o-Novo Obra de Santa Zita
Área de Intervenção: Pessoa Adulta	
Centro de Actividades Ocupacionais (Deficiência)	Centros de Apoio Ocupacional da APPACDM (Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental)
Centro de Convívio	Equipamento Social do CSPPF
Centro de Dia	Centro Social & Paroquial de São João Evangelista Equipamento Social do CSPPF
Lar de Idosos/Residência	Clínica São Jorge Equipamento Social do CSPPF Obra de Santa Zita Lar Doutor Virgílio Lopes Casa de Repouso Maria Manuela Recolhimentos da Capital – Santos-o-Novo
Apoio Domiciliário para Idosos	Equipamento Social do CSPPF

Área de Intervenção: Família & Comunidade	
Cantina Social	Lar Doutor Virgílio Lopes

Figura 22. Carta Social da Freguesia de Penha de França.

Elaborado a partir da fonte: Carta Social 2018, Ministério do Trabalho, Segurança e Solidariedade Social, 2018.

4.2 ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA LISBOA CENTRAL

O Plano Local de Saúde de Lisboa Central destaca os seguintes pontos-chave: (6)

- *“Envelhecimento da população;*
- *Assimetrias populacionais entre freguesias; crescimento da população em territórios de menor nível socioeconómico e maior vulnerabilidade social;*
- *Desigualdades sociais entre as freguesias com tradução no estado de saúde;*
- *Assimetrias na literacia, escolaridade, emprego e rendimento;*
- *Elevada carga de doença associada a determinantes comportamentais e ambientais (...);*
- *Dificuldade de acesso a cuidados diferenciados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (...)*”

Desenvolveram-se cinco eixos estratégicos de forma a conseguir dar resposta aos problemas identificados em Lisboa Central: Equidade, Acesso e Continuidade; Informação, Comunicação e Conhecimento; Qualidade; Políticas Saudáveis com a Cidadania no seu foco central. (6)



Figura 23. Eixos Estratégicos do Plano Local de Saúde de Lisboa Central.

Fonte: Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, 2018 (6)

Para cada eixo estratégico, foram desenvolvidas várias orientações estratégicas que formam, no seu todo, o pilar central do Plano Local de Saúde de Lisboa Central. Destacam-se os seguintes: (6)

Cidadania
Promover (...) processos de informação, comunicação e relação, através dos quais os cidadãos adquiram maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde
Desenvolver estratégias que promovam a redução das desigualdades em saúde

Aumentar o acesso dos cidadãos e utentes a informação validada e isenta
Promover a literacia em saúde ao longo do ciclo de vida e nos diversos contextos
Estimular um ambiente propício à reclamação, à sugestão e à exposição, garantindo feedback e encarando as reclamações construtivamente
Estimular o desenvolvimento de redes sociais e de voluntariado
Capacitar utentes e profissionais para a criação de condições de participação (...)
Reforçar o papel do Gabinete do Cidadão enquanto forma de promoção da literacia e cidadania em Saúde.
Equidade, Acesso e Continuidade de Cuidados
Garantir o acesso a CSP de qualidade a todos os cidadãos (...)
Promover a equidade em saúde (...)
Atender às necessidades de cuidados preventivos no contexto materno-infantil
Sustentar e desenvolver respostas a doenças infetocontagiosas, (...) em articulação com organizações da comunidade
Informação, Comunicação e Conhecimento
Realizar estudos para colmatar lacunas de informação em grupos populacionais específicos
Promover intervenções concertadas da saúde pública (...)
Promover uma adequada estratégia de comunicação interna e externa do PLS, seus objetivos e monitorização (...)

Produzir instrumentos de orientação que respondam às necessidades dos profissionais no terreno em termos de comunicação

Políticas Saudáveis

Potenciar uma efetiva integração das estratégias da saúde para a infância (...)

Promover a adequada articulação entre Rede Social, sector da saúde e autarquias, para a promoção da autonomia da população idosa e o apoio a doentes crónicos, familiares e cuidadores;

Promover a integração dos cuidados de saúde mental, particularmente para as crianças e jovens e populações socialmente vulneráveis, no âmbito das estratégias propostas pelo PDS 2017-2020 e as orientações programáticas do Programa Nacional para a Saúde Mental

Promover ambientes urbanos seguros, promotores da atividade física e de estilos de vida mais saudáveis (...) desenvolvendo ações articuladas com a indústria alimentar, sector da restauração alimentar, ou atividades que influenciem uma disponibilidade alimentar mais saudável

Qualidade

Promover a implementação local das Normas de Orientação Clínica, promovendo a reflexão interpares sobre a sua aplicação prática, e o envio de sugestões ao Departamento de Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde (DGS)

Promover a formação e a adesão dos profissionais às intervenções sobre os determinantes nas várias fases do ciclo de vida e nos vários contextos de prestação de cuidados (alimentação, atividade física, tabagismo, etc.)

Promover ações de formação de promoção de saúde, prevenção, terapêutica e seguimento de problemas de saúde prioritários

Consciencializar os profissionais do ACeS para a importância da promoção da saúde mental

em CSP, bem como promover o desenvolvimento de respostas inovadoras para os problemas de saúde mental

Elaborado a partir da fonte: Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, 2018 (6)

4.2.1 Estratégias propostas no âmbito da Saúde Mental 2018-2021

A Saúde Mental foi considerada em terceiro lugar em termos de transcendência social pelas Unidades de Cuidados de Saúde Primários de Lisboa Central. Deste modo, o PLSLC propõe diversas estratégias para o quadriénio de 2018-2021: (6)

Saúde Mental – Estratégias Propostas 2018-2021
Promoção da literacia em saúde conducente à capacitação da pessoa/família/grupo para a adoção de comportamentos saudáveis e autogestão da situação de saúde
Promoção do estabelecimento de uma rede social de suporte
Educação para saúde na população em geral e em subgrupos específicos, em particular adolescentes e adultos jovens, sobre a promoção da saúde mental e a inclusão e reabilitação das pessoas com doença mental
Projetos de prevenção nas escolas centrados na redução do estigma e na identificação precoce de depressão e comportamentos auto-lesivos
Uniformização e otimização dos cuidados prestados entre comunidade, CSP e CSS
Identificação de campos prioritários para formação e investigação
Promoção de ambiente comunitário saudável
Deteção precoce e abordagem multidisciplinar da doença mental

Elaborado a partir da fonte: Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, 2018 (6)

4.2.2 Projectos da Cidade de Lisboa

A Cidade de Lisboa possui diversos projectos inter-sectoriais com implicação directa na saúde dos seus residentes. Destacam-se diversos projectos que se encontravam activos, à data do ano de 2018, na tabela seguinte. (6)

Projectos em Curso na Cidade de Lisboa (2018)
Plano Cidade para a Pessoa Sem-Abrigo (NPISA)
Programa Municipal para a Pessoa em situação de Sem-Abrigo
Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas
Plano Municipal para a Integração de Imigrantes de Lisboa 2018-2020
Formação e sensibilização aos cuidadores informais
Programa “Desporto Mexe Comigo”
Programa “Infância em Movimento”
Programa de Apoio à Educação Física Curricular
Programa de Alimentação Escolar - Crescer Saudável
Lisboa Vai ao Parque
Vamos Todos ao Mercado
Lisboa, Cidade para todas as idades

Lisboa 55+
Lisboa, Cidade sem SIDA
Programa de Consumo Vigiado

Elaborado a partir da fonte: Plano Local de Saúde de Lisboa Central 2018-2021, 2018 (6)

O Plano Local de Saúde de Lisboa Central reforça a importância de fortalecer a participação comunitária em todo o ciclo e processo de promover a saúde e a saúde mental de uma forma inter-sectorial, equitativa e eficaz.

PARTE II

Materiais & Métodos

5. MATERIAIS & MÉTODOS

Serve o presente capítulo para descrever, detalhadamente, os objectivos do estudo e o desenho do estudo elaborado de forma a serem atingidos esses mesmos objectivos.

O desenho de um estudo de investigação constitui-se como o plano lógico desenvolvido pelo investigador de forma a obter respostas válidas às perguntas de investigação que norteiam todo o processo. Assume-se, também, como um conjunto de directivas que visam o método seleccionado para a realização da recolha e tratamento dos dados. (71)

5.1 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

A formulação de um problema de investigação é considerada uma das etapas fundamentais do processo de investigação pois serve, simultaneamente, como base e justificativa de toda a investigação levada a cabo (72) sendo operacionalizadas sob a forma de perguntas ou interrogações. As perguntas de investigação que norteiam a presente dissertação desde a sua concepção à sua conclusão, e cuja relevância foi aprofundada ao longo do capítulo do Estado da Arte da presente dissertação, são as seguintes:

Q1: “Quais são as expectativas em Saúde Mental da população residente ou trabalhadora na Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa?”

Q2: “Estarão as políticas de Saúde Mental da Cidade de Lisboa descritas no Plano Local de Saúde de Lisboa Central alinhadas com as expectativas em Saúde Mental da população residente ou trabalhadora na Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa?”

5.2 OBJECTIVOS DO ESTUDO

Os objectivos indicam a razão pela qual é levado a cabo todo o processo de investigação e visa a descrição da orientação do mesmo face ao nível de conhecimento existente para a temática em estudo. (73)

Perseguindo as recomendações da OMS no âmbito da importância de aprofundar o conhecimento existente sobre as expectativas em saúde das populações (7, 53, 59) e atendendo ao papel fundamental do ambiente e da comunidade (34, 37, 38, 39, 40) na manutenção e desenvolvimento de uma Saúde Mental Positiva, o presente estudo propõem-se a atingir os seguintes objectivos:

- **Objectivo Geral**

- Avaliar a adequação das políticas de Saúde Mental adoptadas pelo Município de Lisboa através do Plano Local de Saúde de Lisboa Central às expectativas em Saúde Mental dos residentes ou trabalhadores da Freguesia de Penha de França.

- **Objectivos Específicos:**

- Caracterizar a população residente ou trabalhadora da Freguesia de Penha de França relativamente ao nível de Saúde Mental.

- Comparar as expectativas da população residente ou trabalhadora na comunidade urbana da Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa com as recentes políticas de Saúde Mental adoptadas pelo Município da Cidade de Lisboa através do Plano Local de Saúde de Lisboa Central.

5.3 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo enquadra-se no âmbito do método de investigação quantitativa pois assume-se como um processo sistemático de recolha de dados observáveis, operacionais e quantificáveis, baseado na observação de fenómenos existentes, tendo, como finalidade, a sua contribuição para a aquisição de novo conhecimento ou validação do conhecimento existente podendo, através de um processo científico organizado e estruturado, generalizar os resultados obtidos para outras populações. (74)

Assim, o presente estudo assume-se como:

- *Estudo Observacional*, pois, o investigador não intervém sobre as variáveis e utiliza métodos para descrever os procedimentos que ocorrem naturalmente. (75)

- *Estudo Transversal*, pois, os dados são recolhidos num único momento a partir de um grupo significativo da população-alvo. (75)
- *Estudo Descritivo-correlacional* pois o estudo pretende fornecer informação acerca da população em estudo (75) e a correlação entre as variáveis estudadas (72)
- *Estudo Indutivo*, pois, o estudo estabelece relações entre as variáveis categorizadas e dados recolhidos de uma população particular e formula conclusões com um carácter geral. (76)

5.4 POPULAÇÃO-ALVO

A população constitui-se como um conjunto de sujeitos ou elementos que partilham características comuns sendo que o termo população-alvo indica o conjunto de elementos que é submetido a um estudo e que satisfazem os critérios de selecção definidos, anteriormente, pelo investigador (77). Neste sentido define-se a população-alvo do presente estudo:

- **População-Alvo:** Trabalhadores e Residentes da Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa

5.5 AMOSTRA & TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

A amostra de uma investigação assume-se como um sub-conjunto da população e deve ser representativa da população em estudo e conter as características da mesma e o método utilizado para a selecção da amostra deve ser definido e descrito de forma a manter a representatividade da mesma e evitar o erro amostral e, consequentemente, enviesamentos dos resultados (77).

A investigação aplicada a ambientes comunitários, como é o caso do presente estudo, assume-se como uma investigação sociocultural. De forma a produzir conhecimento válido, é exigida a utilização de procedimentos que possibilitem a recolha de dados de forma organizada (78).

Foi seleccionado, portanto, um método de amostragem não probabilístico “*snowball*” ou “*amostragem por bola de neve*”. Através deste método, a amostra vai sendo constituída através da referenciação de sujeitos realizadas por outros sujeitos que possuem ou conhecem pessoas que possuam as características que sejam relevantes para a investigação em curso (79) até que se atinja o “ponto de saturação” - momento em que os sujeitos questionados repetem os conteúdos recolhidos pelos sujeitos entrevistados anteriormente. (80)

5.5.1 Forças, Barreiras & Limitações do Método “Snowball”

Este método revela-se bastante útil e aplicável a investigações cujo foco é uma temática sensível, como, por exemplo, no âmbito da Saúde Mental (79) pois os sujeitos são seleccionados através da referenciação realizada por outros sujeitos promovendo, consequentemente, uma maior participação no estudo. Porém, este método de amostragem não é isento de barreiras e limitações que necessitam de ser anteriormente identificadas de forma a serem colmatadas (79):

Encontrar sujeitos iniciais para dar início ao processo de referenciação.

De forma a serem recolhidos dados de uma fatia ampla da população com características demográficas distintas, opta-se por seleccionar um conjunto de sujeitos iniciais com características distintas no que diz respeito à idade, emprego e educação para que as cadeias de referenciação tomem rumos alargados e que abranjam uma ampla janela da população-alvo.

Verificar a elegibilidade dos potenciais sujeitos.

Tendo em conta que o presente estudo pretende estudar a população residente na Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa, as únicas condições essenciais para a referenciação de novos sujeitos no processo de “*snowball*” dizem respeito a sua área de residência e área onde laboram e que pode ser colmatada através da comunicação deste facto aos elementos referenciadores.

5.5.2 Critérios de Inclusão

Foram elaborados os seguintes critérios de inclusão para o presente estudo:

- Saber ler e escrever.
- Residente ou Trabalhador na Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa
- Aceitar participar no estudo.

5.6 MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS

A escolha do método de colheita de dados encontra-se intimamente relacionada com a natureza do problema de investigação (81). Desta forma, para o presente estudo, a colheita de dados será realizada através de um inquérito por questionário. Este método de recolha de dados consiste em colocar aos inquiridos um conjunto de perguntas relacionadas com a temática em estudo e distingue-se da sondagem de opiniões pois visa a verificação de hipóteses teóricas e subsequente análise das correlações entre as variáveis (82).

No presente estudo, serão utilizados dois questionários: o Inventário de Saúde Mental (Anexo I) (83) validado para a população Portuguesa em 2001 pelo Professor Doutor Pais Ribeiro que, amavelmente, concedeu autorização ao investigador para o aplicar no presente estudo (Anexo II); e um questionário elaborado pelo investigador que se foca nas condicionantes contextuais da Saúde Mental e as expectativas da população (Anexo III).

5.6.1 O Inventário de Saúde Mental

O Inventário de Saúde Mental (Anexo I) permite identificar aspectos positivos e negativos da Saúde Mental e realizar a diferenciação entre indivíduos com maiores ou menores níveis de Saúde Mental de uma população tendo sido desenvolvido para a sua utilização com a população em geral (83). Foi desenvolvido como um instrumento no âmbito do estudo Rand Health Insurance Experiment, no ano de 1971, com o objectivo de estimar os recursos da população ao nível dos serviços de cuidados de saúde e ao nível da Saúde Mental.

O Inventário de Saúde Mental é um questionário de auto-resposta composto por 38 itens e que estão distribuídos em duas dimensões que se encontram correlacionadas: “Distress Psicológico” e “Bem-estar Psicológico”. Para além disso, encontra-se, de igual modo, distribuídos por 5 sub-escalas igualmente correlacionadas: “Ansiedade”, “Depressão”, “Laços Emocionais”, “Afecto Geral Positivo” e “Perda de Controlo Emocional/Comportamental”. A medição do Distress Psicológico é resultante da soma das sub-escalas de Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamntal e a medição de Bem-estar Psicológico resulta da soma das sub-esacalas Afecto Geral Positivo e Laços Emocionais (83).

A cotação das respostas do questionário baseia-se na utilização de uma escala ordinal de cinco ou seis posições para cada resposta a cada item sendo que a pontuação total é resultante da soma dos valores brutos de todos os itens que compõem cada dimensão/sub-escala do questionário. Deste modo, corresponde a uma melhor Saúde Mental valores brutos mais elevados., ou seja, menores níveis de ansiedade, depressão e perda de controlo emocional/comportamental e mais afectos positivos e laços emocionais reforçados.

Validado para a população Portuguesa pelo Professor Doutor Pais Ribeiro (81), o estudo de adaptação foi constituído por 609 estudantes entre o 11º ano de escolaridade e o último ano da universidade. A fidelidade do questionário foi avaliada através da consistência interna de cada uma das dimensões e da escala no seu todo, resultando num Alfa de Chronbach de 0,96 ($\alpha=0,96$) para a escala total.

5.6.2 Questionário Condicionantes Contextuais – Expectativas

A segunda fase do inquérito por questionário é realizada através de um questionário elaborado pelo investigador (Anexo III) baseado nas condicionantes contextuais de saúde mental. (4, 34, 37, 38, 39, 41). É composto por folha de rosto e duas questões que serão aprofundandas de seguida.

Na folha de rosto do questionário, procede-se à recolha de dados demográficos do indivíduo questionado, nomeadamente: sexo, idade, nível de escolaridade, com quem vive e emprego. Os itens sexo, escolaridade e emprego tomam a forma de uma questão fechada com múltiplas opções de forma a proceder-se, de forma mais consistente, ao tratamento dos

dados recolhidos. Optou-se por utilizar a forma de resposta aberta para o item idade com o objectivo de não se realizar uma categorização por intervalos de idade de forma prematura colocando, assim, a possibilidade de, durante o tratamento de dados, realizar-se esta categorização por intervalos caso seja relevante para a interpretação dos dados. O item “Com quem vive”? toma a forma de uma resposta aberta devido às inúmeras possibilidades de respostas possíveis e para evitar enviesamentos de resposta caso tomasse a forma de resposta fechada ou de escolha múltipla.

A primeira questão do questionário: *“Assinale a importância que atribui a cada um dos seguintes itens para a sua Saúde Mental”* assume a forma de uma escala de Likert, onde um indivíduo responde a uma série de itens ao indicar a sua posição face a cada um destes (84). O questionário elaborado conta com 17 itens e com 4 opções de resposta para cada um dos mesmos. Estes 17 itens encontram-se organizados em sub-grupos que representam as dimensões das condicionantes contextuais da Saúde Mental (4, 34, 37, 38, 39 41) da seguinte forma:

1. **Ambiente Físico:** Condições de Habitação; Saneamento dos Espaços Públicos; Transportes Públicos, Espaços Verdes; Segurança; Acesso a Serviços de Saúde; Desenho Urbano.
2. **Ambiente Socioeconómico:** Emprego; Educação; Comércio Local; Segurança Alimentar.
3. **Ambiente Sociocultural:** Redes de Apoio Social; Relação com Vizinhos; Proximidade à Família; Proximidade a Amigos; Festas/Eventos na Freguesia; Religião.

Para cada um destes itens, o indivíduo possui quatro opções de resposta: “1 - Nada Importante”; “2- Pouco Importante”; “3- Importante” e “4- Muito Importante”.

A segunda questão *“Caso exista algum aspecto não mencionado na questão anterior que considere relevante para as suas expectativas em Saúde Mental, indique quais”* toma a forma de uma resposta aberta permitindo ao entrevistado descrever aspectos não contemplados na primeira questão.

5.7 TRATAMENTO & ANÁLISE DE DADOS

Os dados recolhidos foram tratados e analisados através de uma perspectiva quantitativa com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics Versão 24.0. Construiu-se uma base de dados com a informação recolhida através do questionário e foram codificadas todas as variáveis em estudo de forma a ser possível conduzir diversos testes estatísticos.

A estatística é uma ciência que permite estruturar a informação medida num determinado número de sujeitos, denominada por amostra (85).

Através do programa SPSS, aplicou-se uma análise estatística descritiva, que permite resumir a informação numérica de uma forma estruturada com o objectivo de obter uma pintura geral das variáveis em estudo (85). Assim, recorreu-se a medidas de frequência assim como medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, quartis, desvio-padrão) e caracterizou-se a amostra em estudo pelas suas características demográficas (sexo, idade, escolaridade, com quem vive, emprego), pelo seu nível de saúde mental (através dos resultados do MHI-38) e as suas expectativas em Saúde Mental relacionadas com as Condicionantes Contextuais em Saúde Mental recolhidas do questionário.

Após o passo da análise descritiva, procedeu-se à realização de testes estatísticos inferenciais não-paramétricos, considerando a não normalidade da distribuição das variáveis, observadas através da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov com correlação de significância de Lilliefors (Anexo IV) para um Intervalo de Confiança de 95%. ($p=0,05$) Verificou-se que, para uma significância de $p=0,05$, uma distribuição normal da amostra relativamente às seguintes variáveis do MHI-38: Sub-dimensões de Afecto Positivo, Perda de Controlo Emocional/Comportamental e Ansiedade. As sub-dimensões de Laços Emocionais e Depressão não assumem uma distribuição normal na amostra em estudo para este nível de significância.

No que diz respeito às dimensões Bem-Estar Positivo e Distresse, assim como os resultados finais do MHI-38, assumem uma distribuição normal na amostra em estudo para um nível de significância de $p=0,05$.

Procedeu-se, também, à verificação da normalidade da distribuição dos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental da amostra através do Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov (Anexo V) verificando-se que para uma significância de 5% ($p=0,05$), as variáveis das Condicionantes Contextuais em Saúde Mental apresentam uma distribuição não normal na amostra em estudo.

Considerando a não normalidade da distribuição acima identificada, realizaram-se análises de correlação através do teste de Correlação de Spearman onde se pretendeu avaliar o nível de correlação entre as características demográficas da amostra e o seu nível de saúde mental; entre as suas características demográficas e expectativas em saúde Mental e entre o seu nível de saúde mental e as suas expectativas em saúde mental.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO

A ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (86). Qualquer investigação realizada junto dos seres humanos é susceptível de levantar questões do foro ético e moral. Dest modo, a investigação está sujeita a padrões éticos que promovam e garantam o respeito por todos os seres humanos e que protejam a sua saúde e direitos (87).

O investigador deve prover-se de ferramentas e métodos para proteger os direitos e as liberdades dos indivíduos que participam na sua investigação (86):

- **Direito à Auto-Determinação**

Qualquer pessoa tem o direito de decidir por ela própria e, portanto, o indivíduo possui o direito de decidir, de forma livre, participar ou não na investigação (86, 87). De forma a preservar este direito, o investigador convida as pessoas, referenciadas pelo método de amostragem seleccionado, a participar na investigação e informando que podem retirar-se do presente estudo a qualquer momento sem prejuízo.

- **Direito à Intimidade & Direito ao anonimato e confidencialidade**

Uma investigação realizada junto de seres humanos pode ser considerada como uma intrusão na vida pessoal dos indivíduos que aceitam participar na investigação e, portanto, torna-se essencial assegurar que a investigação é a menos invasiva possível salvaguardando a intimidade dos indivíduos (86, 87). De forma a ser preservado este direito, o investigador assegura a total anonimidade e confidencialidade dos dados recolhidos em todas as fases do processo de recolha e tratamento dos dados, assim como durante a fase

de divulgação dos mesmos não sendo possível associar qualquer indivíduo participante no estudo às respostas individuais recolhidas.

- **Consentimento Informado**

Um consentimento deve ser obtido através de uma forma livre e esclarecida, respeitando o dever de informação dos elementos essenciais à participação do sujeito na investigação (86, 87). Desta forma, o investigador elaborou um pedido de autorização à Junta de Freguesia de Penha de França (Anexo VI) que autorizou a realização da colheita de dados (Anexo VII) assim como um documento de consentimento informado (Anexo VIII) onde se encontra descrito numa linguagem compreensível todos os aspectos fundamentais da investigação levada a cabo, dos direitos do indivíduo caso decida participar de forma voluntária e, também, os contactos do investigador caso decida retirar-se em qualquer momento.

Tendo em conta o método de amostragem por bola de neve, contempla-se a possibilidade de existirem unidades amostrais com idade inferior a 18 anos. De forma a garantir todos os direitos desses indivíduos, o investigador requer autorização dos seus responsáveis através do documento de consentimento informado (Anexo VIII).

PARTE III

Resultados, Discussão & Conclusão

6. RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da análise estatística realizada através do programa IBM SPSS Statistics Versão 24.0 e através da análise ao Plano Local de Saúde de Lisboa Central no âmbito da Saúde Mental.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

No total, foram realizados 133 inquéritos por questionários aos residentes ou trabalhadores da Freguesia de Penha de França através do método “Snowball”. Destes 133 questionários, 11 foram devolvidos incompletos ou preenchidos de forma incorrecta pelo que foram removidos da amostra em estudo que é composta, portanto, por 122 indivíduos. ($n=122$) A taxa de validação de resposta do questionário foi de 91,7%.

Idade (por grupo etário)		
	n	%
[<18]	16	13,10
[19-64]	94	77,00
[65+]	12	9,80
Total	122	100,00

Idade (em anos)		
		Idade (em anos)
n	Válido	122
\bar{x}		39,56
Med		36,50
s		17,12
Percentis	25	26,00
	75	52,25

Tabela 1. Distribuição da amostra por grupo etário.

Tabela 2. Estatística descritiva da variável “Idade” da amostra.

A maioria dos indivíduos (77%) pertence ao grupo etário dos 19 aos 64 anos, sendo este o grupo mais representativo desta variável. 13,1% dos indivíduos encontram-se no grupo etário com idade igual ou inferior a 18 anos e 9,8% dos indivíduos no grupo etário correspondente a uma idade igual ou superior a 65 anos. (*tabela 1*)

A idade média da amostra do presente estudo situa-se nos 39,56 anos com um desvio padrão de 17,12 anos e uma mediana de 36,50 anos. (*tabela 2*) O percentil 25 situa-se nos 26 anos e o percentil 75 nos 52,25 anos, concluindo-se que 25% da amostra possui idade igual ou inferior a 26 anos e 25% da amostra possui idade igual ou superior a 52,25 anos de idade.

A idade mínima das unidades amostrais situa-se nos 14 anos e a idade máxima nos 80 anos.

Sexo		
	n	%
Feminino	65	53,30
Masculino	57	46,70
Total	122	100,00

Tabela 3. Distribuição da amostra por sexo

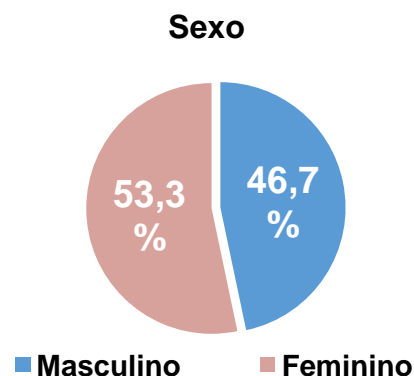


Gráfico 1. Distribuição da amostra por sexo.

A amostra, relativamente ao sexo, é constituída por 46,7% de indivíduos do sexo masculino e 53,3% de indivíduos do sexo feminino. (*tabela 3 e gráfico 1*)

Escolaridade		
	n	%
Até à 4ª classe	8	6,6
2º Ciclo (5º e 6º ano)	6	4,9
3º Ciclo (7º a 9º ano)	20	16,4
Ensino Secundário	53	43,4
Ensino Superior	35	28,7
Total	122	100,0

Tabela 4. Distribuição da amostra por nível de escolaridade.

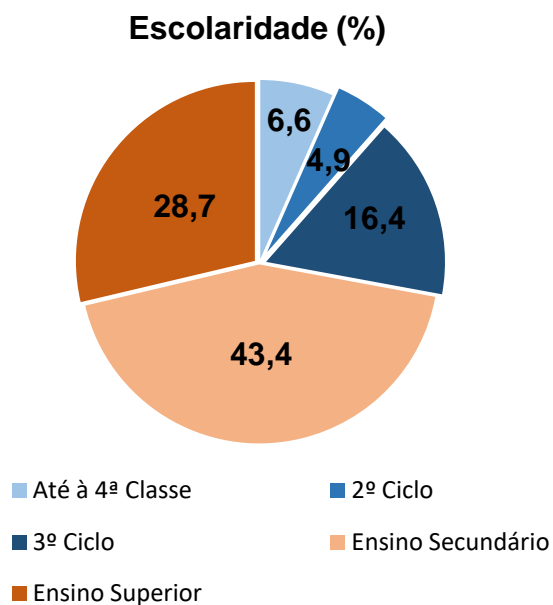


Gráfico 2. Distribuição da amostra por nível de escolaridade (%).

O grupo mais representativo da amostra, no que diz respeito ao mais elevado grau de escolaridade concluído, são os indivíduos que concluíram o Ensino Secundário com 43,4% da amostra. Em seguida, surge o grupo dos indivíduos que concluíram o Ensino Superior com 28,7% e os indivíduos que concluíram o 3º ciclo (9º ano de escolaridade) perfazendo 16,4% da amostra. 4,9% da amostra do presente estudo afirma ter concluído o 2º de escolaridade e 6,6% refere ter concluído o ensino até à 4ª classe ou 4º ano de escolaridade (tabela 4 e gráfico 2).

			Escolaridade					Total
			Até à 4ª classe	2º Ciclo (5º e 6º ano)	3º Ciclo (7º a 9º ano)	Ensino Secundário	Ensino Superior	
Grupo Etário	[≤18]	Contagem	0	0	6	10	0	16
		% Grupo Etário	0,0%	0,0%	37,5%	62,5%	0,0%	100,0%
	[19-64]	Contagem	4	4	10	41	35	94
		% Grupo Etário	4,3%	4,3%	10,6%	43,6%	37,2%	100,0%
	[≥65]	Contagem	4	2	4	2	0	12
		% Grupo Etário	33,3%	16,7%	33,3%	16,7%	0,0%	100,0%
Total		Contagem	8	6	20	53	35	122
		%	6,6%	4,9%	16,4%	43,4%	28,7%	100,0%

Tabela 5. Tabulação Cruzada entre as variáveis Grupo Etário e Escolaridade (% frequência).

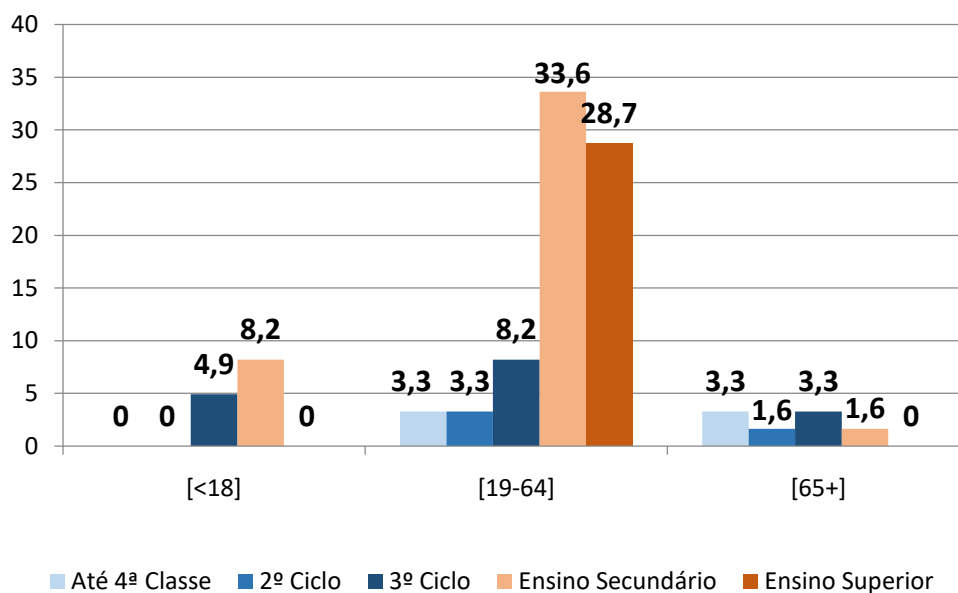


Gráfico 3. Tabulação cruzada entre as variáveis Idade e Escolaridade (% da amostra).

Procedeu-se a uma tabulação cruzada entre as variáveis idade e escolaridade (*tabela 5 e gráfico 3*).

Verifica-se que a totalidade dos indivíduos com idade igual ou inferior a 18 anos completaram ou o 3º ciclo (9º ano de escolaridade) ou o Ensino Secundário.

O grupo etário dos 19 aos 64 anos de idade possui a totalidade dos indivíduos que completaram o Ensino Superior da amostra em estudo. 33,6% da totalidade da amostra pertencem a este grupo etário e completaram o Ensino Secundário; 8,8% completaram o 3º ciclo de escolaridade; 3,3% completaram o 2º ciclo de escolaridade tal como 3,3% concluíram a 4ª Classe.

Verifica-se que o grupo etário dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos possui a menor taxa de escolaridade dos grupos em estudo, com 16,7% do grupo etário que afirma ter concluído o ensino secundário, 33,3% afirma que concluiu o 3º ciclo de escolaridade e 33,3% afirma ter concluído o 4º ano de escolaridade.

Com quem vive?		
	n	%
Com Amigos	7	5,7
Com Cônjuge	28	23,0
Com Cônjuge e Filho(s)	20	16,4
Com filho(s)	9	7,4
Com os Pais	27	22,1
Só	31	25,4
Total	122	100,0

Tabela 6. Distribuição da amostra por respostas à pergunta “Com quem vive?”

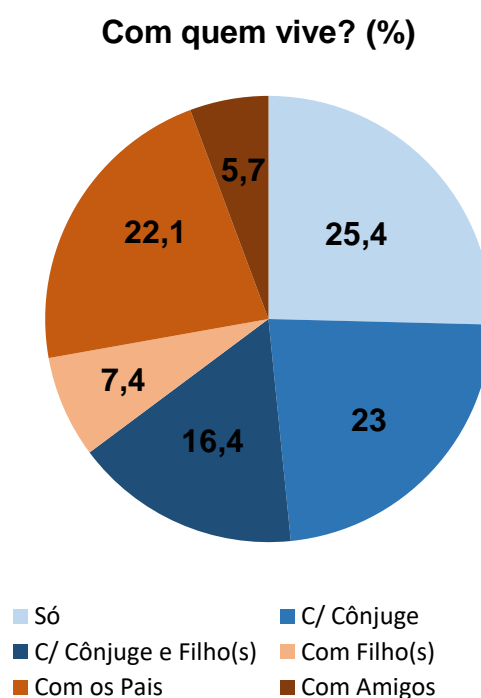


Gráfico 4. Distribuição da amostra por respostas à pergunta “Com quem vive?” (%)

À pergunta “Com quem vive?”, 25,4% dos indivíduos refere viver só, constituindo-se como o grupo com maior representatividade da presente variável seguido de 23,0% da amostra

que referem viver apenas com o cônjuge; 22,1% dos inquiridos afirma residir com os pais, 15,4% reside com cônjuge e filhos, 7,4% vive com os filhos e, por último, 5,7% afirma viver com amigos (*tabela 6 e gráfico 4*).

Emprego		
	n	%
Desempregado	7	5,7
Estudante	22	18,0
Empregado c/ contrato temporário	25	20,5
Empregado c/ contrato s/ termo	46	37,7
Reformado	22	18,0
Total	122	100,0

Tabela 7. Distribuição da amostra por emprego.

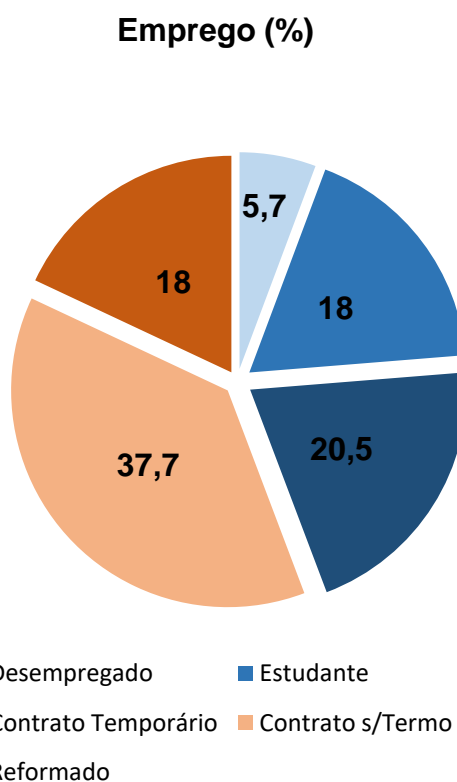


Gráfico 5. Distribuição da amostra por emprego. (%)

Relativamente ao emprego, o grupo com maior representatividade com 37,7% da amostra são os indivíduos com um contrato sem termo seguidos dos inquiridos que referem serem empregados com contrato temporário que perfazem 20,5% da amostra. 18% dos inquiridos afirmam ser estudantes assim como 18% afirmam ser reformados. 5,7% da amostra refere encontrar-se desempregado. (*tabela 7 e gráfico 5*)

				Emprego				Total
			Desempregado	Estudante	Empregado c/ contrato s/ termo	Empregado c/ contrato temporário	Reformado	
Grupo Etário	[≤18]	Contagem	0	15	0	1	0	16
		% Grupo Etário	0,0%	93,8%	0,0%	6,3%	0,0%	100,0%
	[19-64]	Contagem	7	7	46	24	10	94
		% Grupo Etário	7,4%	7,4%	48,9%	25,5%	10,6%	100,0%
	[≥65]	Contagem	0	0	0	0	12	12
		% Grupo Etário	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Contagem	7	22	46	25	22	122
		%	5,7%	18,0%	37,7%	20,5%	18,0%	100,0%

Tabela 8. Tabulação Cruzada entre as variáveis Idade (Grupo Etário) e Emprego (% e frequência).

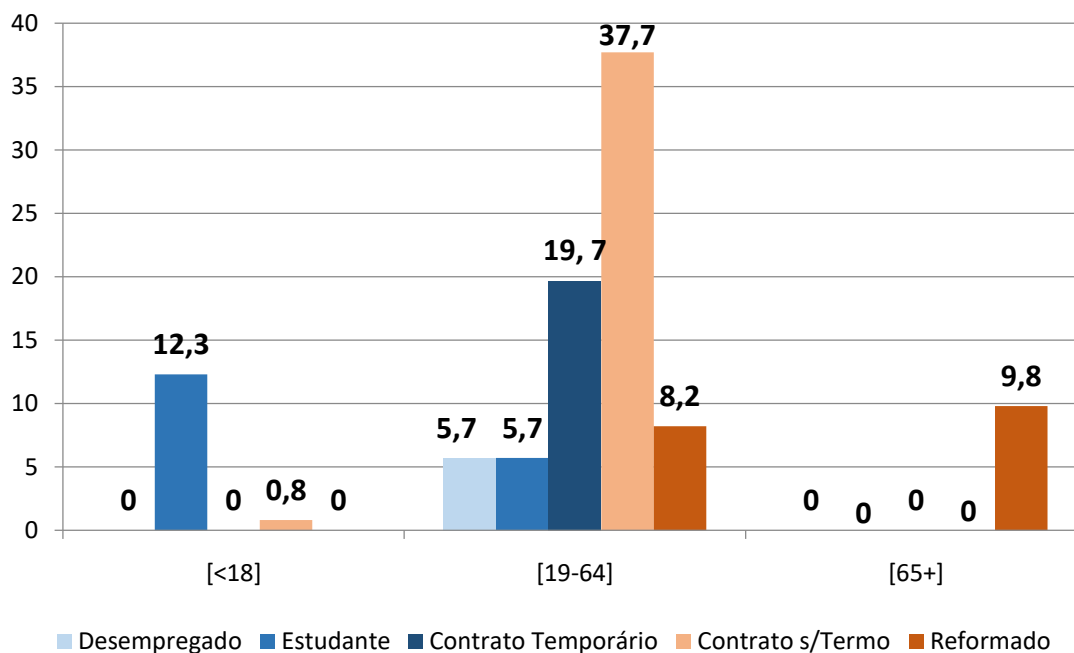


Gráfico 6. Tabulação cruzada entre as variáveis Idade e Emprego (% da amostra).

Procedeu-se a uma tabulação cruzada entre as variáveis idade (por grupo etário) e emprego. (tabela 8 e gráfico 6)

Verifica-se que 93,8% do grupo etário dos indivíduos com idade igual ou inferior a 19 anos afirma ser estudante, correspondendo a 12,3% da amostra, enquanto 6,4% deste grupo etário afirma ser empregado com contrato temporário, correspondendo a 0,8% da amostra.

No grupo etário dos 19 aos 64 anos, o grupo com maior representatividade são os indivíduos que possuem contrato sem termo, constituindo 48,9% dos indivíduos inseridos neste grupo etário e constituindo 37,7% da amostra em estudo. 7,4% deste grupo etário afirmam ser estudantes, correspondendo a 5,7% da amostra. 25,5% dos indivíduos com idade entre 19 e 64 anos possui um contrato temporário, perfazendo 19,7% da amostra. 10,6% deste grupo etário encontra-se reformado, constituindo 8,2% da amostra..

Por último, a totalidade dos indivíduos da amostra com idade igual ou superior a 65 anos encontra-se reformado, constituindo 9,8% da amostra em estudo.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE SAÚDE MENTAL DA AMOSTRA ATRAVÉS DO MHI-38

O Mental Health Inventory-38 (MHI-38) traduz os seus resultados em sub-dimensões e dimensões, anteriormente explorados no Capítulo 5; Sub-Capítulo 5.5 da presente dissertação. As suas sub-dimensões estão relacionadas com o **Afecto Positivo**, **Laços Emocionais**, **Perda de Controlo Emocional/Comportamental**, **Ansiedade** e **Depressão**. Estas sub-dimensões são categorizadas, por sua vez, em duas grandes dimensões: **Bem-Estar Positivo** e **Distresse** que produzem um resultado final, após realização de cálculos, numa escala de 0 a 100 valores onde o valor de corte para situações graves é 50 e para situações moderadas 60.

Estatística Descritiva – Resultado Final MHI-38		
n	Válido	122
\bar{x}		63,52
Med		64,63
s		13,57
Mínimo		25,53
Máximo		96,28

Percentis	25	54,66
	75	71,55

Tabela 9. Estatística Descritiva da variável “Resultado final do MHI-38”.

Procedeu-se, em seguida, a uma análise descritiva do resultado final do MHI-38 da amostra em estudo. (*tabela 9*) A amostra em estudo apresenta um resultado final do MHI-38 de 63,52 valores; 3,52 valores acima do primeiro valor de corte para sintomatologia moderada. A mediana situa-se nos 64,63 valores com um desvio-padrão de 13,57 valores. O mínimo resultado obtido na amostra foi de 25,53 valores e o máximo de 96,28 valores. O percentil 25 assume o valor de 54,65 e o percentil 75 assume o valor 71,54 (*tabela 9*) o que significa que 25% da amostra possuem um resultado final do MHI-38 igual ou inferior a 54,65 valores e que 25% da amostra possui um resultado final de MHI-38 igual ou superior a 71,54.

Resultado Final MHI-38 por Sexo				
	Sexo	n	\bar{x}	s
Resultado Final do MHI-38	Masculino	57	62,59	10,78
	Feminino	65	64,33	15,65

Tabela 10. Resultado Final do MHI-38 por sexo.

Posteriormente, realizou-se uma análise comparativa do resultado final do MHI-38 entre ambos os sexos. (*tabela 10*)

Verifica-se que a média dos resultados finais do MHI-38 dos indivíduos do sexo masculino (62,59 valores) é inferior à média dos resultados finais do MHI-38 dos indivíduos do sexo feminino. (64,33 valores)

Resultado Final MHI-38 por Grupo Etário			
Grupo Etário	n	\bar{x}	s
[≤18]	16	61,57	14,79
[19-64]	94	64,00	13,53
[≥65]	12	62,28	13,09
Total	122	63,52	13,57

Tabela 11. Resultado Final do MHI-38 por Grupo Etário.

Procedeu-se, em seguida, a uma análise descritiva do resultado final do MHI-38 por grupos etários. (tabela 11)

O grupo etário com idade igual ou inferior a 18 anos apresentou uma média de resultados finais de MHI-38 de 61,57 valores constituindo-se assim como o grupo com uma menor média de resultados finais de MHI-38. Em seguida, surge o grupo etário dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos com uma média de resultados finais de MHI-38 de 62,28 valores. Por último, o grupo etário que apresentou uma média de resultados finais de MHI-38, os indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos com 64,00 valores.

Resultado Final MHI-38 por Emprego		
Qual o seu emprego?	\bar{x}	s
Desempregado	58,05	5,18
Estudante	59,45	13,51
Empregado com contrato temporário	61,96	13,67
Empregado com contrato sem termo	65,18	13,20
Reformado	67,60	15,16
Total	63,52	13,57

Tabela 12. Resultado Final do MHI-38 por emprego.

Realizou-se uma análise descritiva do resultado final do MHI-38 por emprego. (*tabela 12*)

Verifica-se que os indivíduos desempregados possuem a menor média de resultados finais do MHI-38 (*tabela 12*) com 58,1 valores; 1,9 valores abaixo do valor de corte para sintomatologia moderada. De seguida, o grupo dos estudantes da amostra apresentaram uma média de resultados finais do MHI-38 de 59,5 valores; 0,5 valores abaixo do valor de corte para sintomatologia moderada. Os indivíduos com contrato temporário apresentam uma média de resultados de 62 valores e os indivíduos com contrato sem termo uma média de resultados de 65,2 valores. O grupo com maior média de resultados são os indivíduos reformados.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DAS CONDICIONANTES CONTEXTUAIS EM SAÚDE MENTAL

As Condicionantes Contextuais em Saúde Mental, exploradas aprofundadamente no Capítulo 2, Sub-Capítulo 2.3 da presente dissertação categorizam-se em três grupos:

- **Ambiente Físico:** Condições de Habitação, Saneamento de Espaços Públicos, Transportes Públicos, Espaços Verdes, Segurança, Acesso a Serviços de Saúde e Desenho Urbano.
- **Ambiente Socioeconómico:** Emprego, Educação, Comércio Local e Segurança Alimentar.
- **Ambiente Sociocultural:** Redes de Apoio Social, Relação com Vizinhos, Proximidade à Família, Proximidade a Amigos, Festas/Eventos na Freguesia e Religião.

Com recurso a uma escala de Likert com os seguintes valores de resposta: 1 = Nada Importante, 2 = Pouco Importante, 3 = Importante, 4 = Muito Importante, procedeu-se à recolha da importância para a sua Saúde Mental que cada indivíduo atribuiu a cada factor e sobre as quais nutre uma maior expectativa para a sua Saúde Mental.

Procedeu-se, de seguida, a uma análise de estatística descritiva das variáveis das Condicionantes Contextuais em Saúde Mental (*tabela 13*):

Estatísticas Descritivas das Variáveis dos Condicionantes						
Contextuais de Saúde Mental						
	n	Mínimo	Máximo	\bar{x}	Med	s
Condições de Habitação	122	2	4	3,39	3	0,552
Saneamento de Espaços Públicos	122	2	4	3,18	3	0,693
Transportes Públicos	122	2	4	3,23	3	0,690
Espaços Verdes	122	1	4	3,40	3	0,625
Segurança	122	2	4	3,45	4	0,618
Acesso a Serviços de Saúde	122	2	4	3,57	3	0,560
Desenho Urbano	122	1	4	2,67	3	0,797
Emprego	122	1	5	3,45	4	0,682
Educação	122	1	4	3,37	3	0,707
Comércio Local	122	1	4	2,89	3	0,805
Segurança Alimentar	122	1	4	3,11	3	0,861
Redes de Apoio Social	122	1	4	3,45	3	0,591
Relação com Vizinhos	122	1	4	2,91	3	0,936
Proximidade com Família	122	1	4	3,34	3	0,725
Proximidade com Amigos	122	1	4	3,31	3	0,657
Festas/Eventos na Freguesia	122	1	4	2,69	3	0,873
Religião	122	1	4	2,43	2	1,012

Tabela 13. Estatística Descritiva dos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental.

Organizaram-se, posteriormente, as Condicionantes Contextuais em Saúde Mental por ordem decrescente de valores médios atribuídos pela amostra (da mais importante/menor expectativa para a menos importante/menor expectativa):

Posição	Variável	\bar{x}
1.	Acesso a Serviços de Saúde	3,57
2.	Segurança	3,45
2.	Emprego	3,45
2.	Redes de Apoio Social	3,45
3.	Espaços Verdes	3,40
4.	Condições de Habitação	3,39
5.	Educação	3,37
6.	Proximidade com Família	3,34
7.	Proximidade com Amigos	3,31
8.	Transportes Públicos	3,23
9.	Saneamento de Espaços Públicos	3,18
10.	Segurança Alimentar	3,11
11.	Relação com Vizinhos	2,91
12.	Comércio Local	2,89
13.	Festas/Eventos na Freguesia	2,69
14.	Desenho Urbano	2,67
15.	Religião	2,43

Tabela 14. Ordenação dos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental por valores de médias. (ordem decrescente)

Verificou-se que as variáveis dos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental com uma média de valores atribuídos pela amostra em estudo mais elevadas são: Acesso a Serviços de Saúde com 3,57 valores; Segurança, Emprego e Redes de Apoio Social com 3,45 valores e Espaços Verdes com 3,40 valores.

Os Condicionante Contextuais em Saúde Mental com as menores médias de valor atribuídos pela amostra em estudo são a Religião com 2,43 valores, seguido do Desenho Urbano com 2,67 valores e Festas/Eventos na Freguesia com 2,69 valores.

Realizou-se um gráfico ilustrativo com as médias das variáveis dos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental. (gráfico 7)

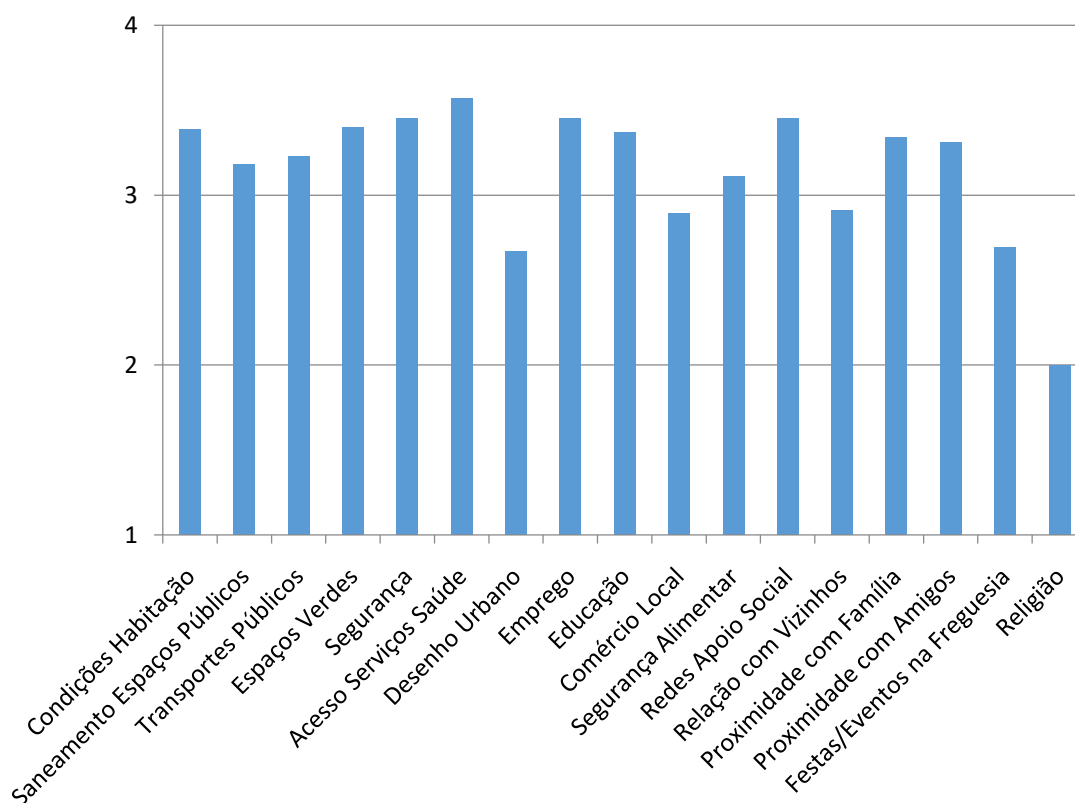


Gráfico 7. Médias dos Condicionantes Contextuais de Saúde Mental.

6.3.1 Correlações das Condicionantes Contextuais em Saúde Mental

Efectuaram-se, posteriormente, análises de correlação entre as Condicionantes Contextuais em Saúde Mental, os níveis de saúde mental da amostra em estudo e, também, algumas das suas características demográficas. Para tal efeito, recorreu-se ao teste de Correlação de Spearman, considerando que as variáveis dos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental apresentam uma distribuição não normal na amostra em estudo.

Teste de Correlação de Spearman					
		Condições de Habitação	Espaços Verdes	Segurança	Acesso a Serviços de Saúde
MHI-38	Coeficiente de Correlação	0,245**	0,286**	0,254**	0,216*
	<i>p</i>	0,007	0,001	0,005	0,017
	n	122	122	122	122

Tabela 15. Teste de Correlação de Spearman Condicionantes Contextuais * Nível de Saúde Mental com significado estatístico (Tabela completa – Anexo IX)

Procedeu-se, em primeiro, lugar a um Teste de Correlação de Spearman entre o Resultado Final do MHI-38 e as variáveis dos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental (*tabela 15*) e verificaram-se, para um nível de significância de 5% ($p=0,05$) as seguintes correlações positivas, com significado estatístico, entre o nível de saúde mental dos indivíduos através do MHI-38 e a importância e expectativa atribuída às Condições de Habitação, Espaços Verdes, Segurança e Acesso a Serviços de Saúde.

Teste de Correlação de Spearman							
		Condições Habitação	Saneamento Espaços Públicos	Transportes Públicos	Espaços Verdes	Segurança	Acesso Serviços de Saúde
Bem-Estar Positivo	Coeficiente de Correlação	0,269**	0,184*	0,263**	0,330**	0,209*	0,208*
	<i>p</i>	0,003	0,042	0,003	0,000	0,021	0,022
	<i>n</i>	122	122	122	122	122	122

Tabela 16. Teste de correlação de Spearman Condicionantes Contextuais * Score de Bem-Estar Positivo com significado estatístico (Tabela Completa – Anexo X)

De seguida, efectuou-se um Teste de Correlação de Spearman entre a dimensão Bem-Estar Positivo do MHI-38 e os Condicionantes Contextuais (*tabela 16*) onde se verificaram que, para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,05$), existem correlações positivas, com significado estatístico, entre o nível de Bem-Estar Positivo e a importância e expectativa atribuída às Condições de Habitação, Saneamento de Espaços Públicos, Transportes Públicos, Espaços Verdes, Segurança e Acesso a Serviços de Saúde.

Teste de Correlação de Spearman				
		Condições de Habitação	Espaços Verdes	Segurança
Distresse	Coeficiente de Correlação	0,182*	0,198*	0,237**
	<i>p</i>	0,044	0,029	0,009
	<i>n</i>	122	122	122

Tabela 9. Teste de correlação de Spearman Condicionantes Contextuais * Score de Distresse com significado estatístico (Tabela Completa – Anexo XI)

Posteriormente, efectuou-se um Teste de Correlação de Spearman entre a dimensão Distresse do MHI-38 e os Condicionantes Contextuais (*tabela 17*) onde se verificaram que

para um intervalo de confiança de 95% ($p=0,05$), existem correlações positivas, com significado estatístico, entre o nível de Distresse e a importância e expectativa atribuída às Condições de Habitação, Espaços Verdes e Segurança.

Teste de Correlação de Spearman			
		Espaços Verdes	Relação com Vizinhos
Idade	Coeficiente de Correlação	-0,180*	0,207*
	<i>p</i>	0,047	0,022
	<i>n</i>	122	122

Tabela 18. Teste de correlação de Spearman Condicionantes Contextuais * Idade com significado estatístico (Tabela Completa – Anexo XII)

Realizou-se, posteriormente, um Teste de Correlação de entre as variáveis dos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental e idade (*tabela 18*), verificando-se a existência de correlação positiva, com significado estatístico entre a idade e o Condicionante Contextual em Saúde Mental Relação com Vizinhos e a existência de uma correlação negativa entre a idade e o Condicionante Contextual em Saúde Mental Espaços Verdes.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objectivo geral do presente estudo é avaliar a adequação das políticas de Saúde Mental adoptadas pelo Município de Lisboa através do Plano Local de Saúde de Lisboa Central às expectativas em Saúde Mental dos residentes ou trabalhadores da Freguesia de Penha de França tendo, como objectivos específicos a caracterização da população residente ou trabalhadora da Freguesia de Penha de França relativamente ao seu nível de Saúde Mental e a comparação as expectativas da população residente ou trabalhadora na comunidade urbana da Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa com as recentes políticas de Saúde Mental adoptadas pelo Município da Cidade de Lisboa através do Plano Local de Saúde de Lisboa Central.

Caracterização Demográfica

Com uma taxa de validação de resposta de 91,7%, foram recolhidos 122 unidades amostrais. Numa primeira fase, procedeu-se à caracterização demográfica explorando as seguintes características: sexo, idade, nível de escolaridade, com quem vive e emprego.

Verificou-se que, relativamente, ao sexo, a amostra é constituída por 53,3% de mulheres e 46,7% de homens.

Em relação à idade, verificou-se que a média de idades da amostra em estudo se situa nos 39,56 anos e que o grupo com maior representatividade é o grupo de idades entre os 19 e os 64 anos com 77% da amostra pertencente ao mesmo.

Face à escolaridade, o grupo com maior representatividade é o grupo de indivíduos que concluiu o Ensino Secundário (43,4%) seguido do grupo de indivíduos que concluiu o Ensino Superior. (28,7%). Ao analisar os dados obtidos, verifica-se que a percentagem da amostra que concluiu o Ensino Superior se encontra, na sua totalidade, no grupo etário dos 19 aos 64 anos.

Quanto à questão “Com quem vive?”, o grupo com maior representatividade na amostra é o grupo de indivíduos que reside só (25,4%) seguido dos indivíduos que residem apenas com o seu cônjuge (23%).

Em termos de emprego, o grupo com maior representatividade na amostra é o grupo de indivíduos empregados com contratos sem termo (37,7%), seguido dos indivíduos empregados com contrato temporário (20,5%). 18% da amostra refere ser estudante e 18% da amostra refere ser reformada. 5,7% da amostra refere encontrar-se desempregado. Comparando a taxa de desemprego da amostra em estudo com a taxa de desemprego do Concelho de Lisboa, à data do ano de 2011, de 12% (6) percebe-se a melhoria do estado

financeiro e económico da Cidade de Lisboa, considerando que, em 2011, Portugal encontrava-se à beira de uma crise económica severa. Ao serem analisados os dados, percebe-se que a totalidade dos indivíduos da amostra com idade igual ou superior dos 65 anos se encontra reformada. No entanto, 8,2% da amostra possui menos de 65 anos e encontra-se, de igual modo, reformada.

A amostra em estudo da presente dissertação apresenta características demográficas aproximadas com as características demográficas da população abrangida pelo AceS Lisboa Central e da população da Freguesia de Penha de França (6, 64).

Caracterização da Saúde Mental da população da Freguesia de Penha de França

Após a caracterização demográfica da amostra em estudo, procedeu-se à caracterização da mesma relativamente ao seu nível de Saúde Mental através da aplicação do Inventário de Saúde Mental – Versão Extensa (MHI-38). A média do Resultado Final do MHI-38 da amostra em estudo situa-se nos 63,5 valores; apenas 3,5 valores acima do primeiro valor de corte do MHI-38, a partir do qual, assume-se a presença de sintomatologia de saúde mental moderada. Ao serem analisados os percentis, verifica-se que o Percentil 25 (P25) se situa nos 54,65 valores o que indica que 25% da amostra apresenta sintomatologia de saúde mental grave ou moderada. O P70 situa-se nos 71,5 valores e, portanto, apenas 25% da amostra apresentam um nível de saúde mental superior a 71,5 valores.

Procedeu-se à comparação de médias dos resultados finais do MHI-38 e o sexo dos indivíduos da amostra e percebeu-se que as mulheres (64,3 valores) apresentam um nível de saúde mental, em média, superior aos homens (62,6).

Procurou-se, de igual modo, tecer uma comparação do nível de saúde mental com os grupos etários da amostra e conclui-se que os indivíduos com idade igual ou inferior a 18 anos (61,6 valores) possuem, em média, um nível de saúde mental inferior aos indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos (64 valores) e aos indivíduos com idades igual ou superior a 65 anos (62,3%) o que vai ao encontro dos resultados da literatura defendendo que, à medida que o indivíduo vive, vai ganhando novos mecanismos de defesa e fortalecendo o seu sentido de coerência (12).

A relação entre o emprego e o nível de saúde mental foi, igualmente, explorada. Os desempregados (58,1 valores), em média, apresentam um nível de saúde mental inferior aos restantes grupos, o que vai ao encontro do que a literatura defende: a importância que o emprego assume na manutenção de uma Saúde Mental positiva (3, 15, 44, 45). No entanto, o grupo dos estudantes, na amostra em estudo, apresentou um nível de saúde mental, igualmente, baixo (59 valores) o que se relaciona não só com o distresse provocado por ausência de mecanismos coping ou presença de mecanismos de coping

eficaz, mas sim pela forma como os adolescentes percebem o seu bem-estar e a sua saúde mental. (29)

Expectativas em Saúde Mental da população da Freguesia de Penha de França

Após a caracterização do nível de saúde mental da amostra em estudo, através da aplicação do MHI-38, procedeu-se à caracterização dos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental e da importância e expectativa que a amostra em estudo deposita em cada um deles para a manutenção e desenvolvimento da sua própria Saúde Mental.

Os Condicionantes Contextuais em Saúde Mental podem produzir impactos positivos ou negativos no nível de saúde mental individual e colectiva (2), e, portanto, no âmbito da Saúde Pública, tornam-se essenciais para construir, promover e desenvolver uma Saúde Mental Positiva da população. Os Condicionantes Contextuais em Saúde Mental explorados no presente estudo foram os seguintes: Condições de Habitação, Saneamento de Espaços Públicos, Transportes Públicos, Espaços Verdes, Segurança, Acesso a Serviços de Saúde e Desenho Urbano, que dizem respeito ao Ambiente Físico e Construído; Emprego, Educação, Comércio Local e Segurança Alimentar, que dizem respeito ao Ambiente Socioeconómico e Redes de Apoio Social, Relação com Vizinhos, Proximidade à Família, Proximidade a Amigos, Festas/Eventos na Freguesia e Religião, que dizem respeito ao Ambiente Sociocultural de uma comunidade.

Após a realização de testes estatísticos descritivos, percebe-se que os Condicionantes Contextuais que os indivíduos da amostra em estudo nutrem uma maior expectativa para a sua Saúde Mental são: Acesso a Serviços de Saúde (média de score 3,57 valores), Segurança, Emprego e Redes de Apoio Social (média de score 3,45) e Espaços Verdes (média de score 3,40).

Ao interpretar estes resultados, percebe-se que a Saúde Física e a Saúde Mental estão intimamente relacionadas (2, 10, 16) e que o acesso a serviços de saúde, independentemente da tipologia de cuidados necessários, assume um papel crucial ao nível da Saúde Mental de uma comunidade.

O Emprego assume, de igual modo, um papel fundamental no que diz respeito à Saúde Mental dos indivíduos e comunidade (2, 15, 44, 45). A literatura revela que o aumento das taxas de desemprego está intimamente relacionado com o aumento das taxas de suicídio (34) devido a um empobrecimento material e emocional para além da importância que o emprego adquire nas relações sociais estabelecidas no posto de trabalho assim como da própria identidade do indivíduo.

A noção de Segurança percebida pelo indivíduo afecta o seu nível de Saúde Mental. A literatura demonstra que piores níveis de saúde mental estão intimamente relacionados com a percepção de insegurança e risco de crime (4).

A importância das Redes de Apoio Social para a manutenção e desenvolvimento dos níveis de Saúde Mental dos indivíduos e comunidade tem vindo, progressivamente, a ser reforçada e cimentada nas recentes políticas em Saúde Pública assim como nos programas e projectos comunitários devido à sua importância na manutenção e promoção da saúde mental dos indivíduos e população (46, 47, 48). Um dos objectivos do Mental Health Action Plan 2013-2020 da Organização Mundial de Saúde (2) prende-se, efectivamente, com este condicionante contextual e o desenvolvimento de uma rede de apoio social para a saúde mental robusta, integrada e compreensiva.

Analisando, agora, as medianas obtidas na amostra em estudo relativamente aos Condicionantes Contextuais em Saúde Mental, verifica-se que a Segurança e o Emprego surgem, novamente, no topo da tabela com uma mediana de valor 4 seguida dos restantes condicionantes contextuais. O condicionante contextual que a amostra atribuiu uma menor expectativa para a sua Saúde Mental foi a religião. Não é possível inferir conclusões relativamente a este resultado, em parte, devido ao tamanho da amostra pelo que se recomenda um estudo aprofundado sobre esta associação.

Efectuaram-se, posteriormente, testes de correlação entre o resultado final do MHI-38 e os condicionantes contextuais em saúde mental. Verificou-se que, para uma significância de 5% ($p=0,05$), existe uma correlação positiva entre o nível de saúde mental de um indivíduo e a expectativa em saúde mental sobre as condições de habitação, espaços verdes, segurança e acessos a serviço de saúde. Portanto, à medida que o nível de saúde mental aumenta, estes condicionantes contextuais ganham uma acentuada relevância nas expectativas em saúde mental da população.

Procurou-se realizar o mesmo teste de correlação, mas, agora, com as dimensões do MHI-38: Bem-Estar Positivo e Distresse. Verificou-se, para a Dimensão do Bem-Estar Positivo que existe, num Intervalo de Confiança de 95% ($p=0,05$) existe uma correlação positiva, ou seja, quanto maior nível de Bem-Estar Positivo possui, mais expectativas em saúde mental nutre face às condições de habitação, saneamento dos espaços públicos, transportes públicos, espaços verdes, segurança e acesso a serviços de saúde. Para a Dimensão Distresse, foram encontradas ($p=0,05$) as seguintes correlações positivas: condições de habitação, espaços verdes e segurança o que revela que existem condicionantes contextuais que são transversais ao nível de saúde mental, nomeadamente, as condições de habitação e a segurança. Independentemente dos níveis de Bem-Estar ou de Distresse, a população nutre uma elevada expectativa sobre estas condicionantes,

atribuindo-lhes uma elevada importância na manutenção e desenvolvimento do seu nível de saúde mental.

Destaca-se, também, a expectativa que a população deposita, independentemente de se encontrar num nível elevado de Bem-Estar ou num nível elevado de Distresse, nos Espaços Verdes para a promoção da sua saúde mental. Efectivamente, os espaços verdes e os seus efeitos benéficos para a saúde mental têm vindo a ganhar relevo, tanto no âmbito académico como o âmbito político. A literatura demonstra que os ambientes moldam os indivíduos e, portanto, a existência de um espaço verde urbano, onde existe contacto com a natureza, pode traduzir-se em experiências psicológicas e mentais que se traduzam, posteriormente, em Bem-Estar (40). O simples contacto com a natureza provoca efeitos psicológicos benéficos nos indivíduos no que diz respeito a: auto-estima, auto-eficácia, auto-controlo, auto-confiança e tomada de decisão (40). Deste modo, a existência de espaços verdes dentro de uma comunidade urbana onde a população pode livremente passar o seu tempo, traduz-se em ganhos essenciais para a saúde mental da mesma.

Em seguida, efectuou-se um teste de correlação de spearman ($p=0,05$) entre a idade e as expectativas em saúde mental depositadas nos condicionantes contextuais que traduziram-se numa correlação negativa, com significado estatístico, para os espaços verdes, ou seja, os indivíduos com maior idade nutrem uma menor expectativa em saúde mental para os espaços verdes e numa correlação positiva para a Relação com Vizinhos o que indica que os indivíduos com idade superior consideram que a Relação com Vizinhos seja um importante factor e sobre o qual nutrem uma expectativa na manutenção e promoção da sua saúde mental.

Expectativas em Saúde Mental & Plano Local de Saúde de Lisboa Central

No sentido de responder ao objectivo geral do estudo, exploram-se, agora, os eixos estratégicos delienados para a região de Lisboa Central (através do Plano Local de Saúde de Lisboa Central (66) e das estratégias propostas para o Âmbito da Saúde Mental e procura-se verificar se existe alguma relação entre estes e as expectativas em saúde mental da amostra em estudo.

Õ Acesso a Serviços de Saúde assume-se como a Condicionante Contextual em que mais expectativa a amostra atribui à manutenção e promoção dos seus níveis de saúde mental. Efectivamente, este condicionante contextual é explorado e trabalhado em dois eixos estratégicos do PLSLC: Equidade, Acesso, Continuidade e Cidadania.

O acesso a equipamentos de saúde é explorado nas seguintes estratégias propostas:

“Garantir o acesso a CSP de qualidade a todos os cidadãos (...)”

“Promover a equidade em saúde (...)”

(PLSLC, 2018)

Ao ser garantido o acesso aos cuidados de saúde primários de qualidade a todos os cidadãos e ao ser promovida a equidade em saúde, promove-se, de uma forma equitativa, a possibilidade de todos os indivíduos de uma população terem acesso aos mesmos equipamentos de saúde. No entanto, o acesso a Serviços de Saúde encontra-se relacionado não só com o acesso físico a um equipamento de saúde mas, também, com o acesso a informação correcta, isenta e válida. Deste modo, duas das orientações estratégicas no âmbito do eixo estratégico Cidadania que vão ao encontro desta expectativa em saúde mental são:

“Aumentar o acesso dos cidadãos e utentes a informação validada e isenta”

“Promover a literacia em saúde ao longo do ciclo de vida e nos diversos contextos”

(PLSLC, 2018)

A Segurança assume-se como outro Condicionante Contextual em Saúde Mental em que mais expectativa a amostra atribui para a promoção da sua saúde mental. Embora não explorada aprofundadamente, a preocupação com a segurança física e mental dos indivíduos encontra-se subjacente no eixo estratégico das Políticas Saudáveis e nas seguintes orientação estratégicas:

“Promover ambientes urbanos seguros, promotores da atividade física e de estilos de vida mais saudáveis (...) desenvolvendo ações articuladas com a indústria alimentar, sector da restauração alimentar, ou atividades que influenciem uma disponibilidade alimentar mais saudável.”

“Promover a integração dos cuidados de saúde mental, particularmente para as crianças e jovens e populações socialmente vulneráveis, no âmbito das estratégias propostas pelo PDS 2017-2020 e as orientações programáticas do Programa Nacional para a Saúde Mental.”

A primeira orientação estratégica é transversal à condicionante contextual em Saúde Mental da Segurança ao defender a promoção de ambientes urbanos seguros e à condicionante contextual em saúde mental da Segurança Alimentar, defendendo uma disponibilidade alimentar mais saudável.

Relativamente à segunda orientação estratégica, o conceito de segurança encontra-se subjacente na promoção da integração dos cuidados de saúde mental com foco nas populações socialmente mais vulneráveis.

Relativamente à condicionante contextual em saúde mental do Emprego, este aspecto não é explorado no PLSLC. Sendo uma condicionante contextual com bastante relevo para a promoção dos níveis de saúde mental da amostra em estudo e sua associação com a Saúde Mental defendida pela literatura (2, 15, 44, 45) recomenda-se a colaboração entre os diversos sectores económicos e de saúde para o delineamento de orientações estratégicas que contemplem esta condicionante no âmbito da promoção da saúde mental.

As Redes de Apoio Social assumem-se, de igual modo, como uma das condicionantes contextuais em que a amostra em estudo deposita elevadas expectativas no âmbito da promoção da sua saúde mental. A sua importância no PLSLC é central pois encontram-se várias orientações estratégicas no âmbito dos eixos da Cidadania e Políticas Saudáveis:

“Estimular o desenvolvimento de redes sociais e de voluntariado”

Promover a adequada articulação entre Rede Social, sector da saúde e autarquias, para a promoção da autonomia da população idosa e o apoio a doentes crónicos, familiares e cuidadores;

Promover ações de formação de promoção de saúde, prevenção, terapêutica e seguimento de problemas de saúde prioritários

(PLSLC, 2018)

Para além disso, o PLSLC propõe como estratégia até ao ano de 2021:

“Promoção do estabelecimento de uma rede social de suporte”

(PLSLC, 2018)

Um pilar fundamental para a promoção do nível de saúde mental de uma comunidade urbana, as redes de apoio social assumem um papel de elevada importância no delineamento estratégico do PLSLC.

A condicionante contextual dos Espaços Verdes, sendo uma condicionante transversal a diversos domínios políticos, nomeadamente, saúde e planeamento do território, assume-se como uma condicionante em que a amostra em estudo deposita as suas expectativas na promoção da sua saúde mental. É explorada, indirectamente, através da seguinte orientação estratégica:

“Promover ambientes urbanos seguros, promotores da atividade física e de estilos de vida mais saudáveis (...)”

(PLSLC, 2018)

É explorada, também de forma indirecta, através da seguinte estratégia proposta:

“Promoção de ambiente comunitário saudável”

(PLSLC, 2018)

A literatura recente demonstra a relação directa entre a existência de espaços verdes, promotores do contacto com a natureza, e os níveis de saúde mental das populações (4, 40, 41). A preocupação com esta condicionante é demonstrada pela existência do projecto “Lisboa Vai ao Parque”, no entanto, recomenda-se que esta condicionante seja explorada mais aprofundadamente, no âmbito do planeamento e execução de orientações estratégicas, planos e programas de saúde mental.

As Condições de Habitação são outro condicionante contextual que a amostra em estudo atribui uma relevante expectativa para a manutenção e promoção dos seus níveis de saúde mental. Efectivamente, este condicionante não é explorado aprofundadamente no PLSLC mas a importância deste condicionante para a saúde mental da população encontra-se subjacente em diversos planos e programas levados a cabo pela Cidade de Lisboa, nomeadamente, ao programa de reabilitação urbana com o objectivo de melhorar as condições físicas de diversos edifícios da cidade. Para além disso, existe o Plano Cidade para a Pessoa Sem-Abrigo assim como o Programa Municipal para a Pessoa em situação de Sem-Abrigo, ambos activos à data de 2018. Estes planos e programas, embora esta condicionante não tenha sido explorada aprofundadamente no PLSLC, demonstram a preocupação política existente para as pessoas que sofrem de condições de habitação degradadas ou inexistentes.

7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresentou limitações e dificuldades ao longo da sua realização.

Um estudo transversal, embora permita uma recolha de dados relativamente rápida e com baixos custos para o investigador, apenas permite descrever, através dos dados recolhidos, a situação em estudo à data da recolha de dados. Deste modo, não é possível realizar a previsão de tendências.

O questionário utilizado durante a recolha de dados é de auto-preenchimento. O *self-report*, por si, é limitativo apesar da garantia de anonimato e confidencialidade dos dados de forma a procurarem-se respostas verdadeiras por parte dos inquiridos. Embora o método de amostragem por bola de neve permita colmatar, em parte, esta limitação, esta é uma fragilidade que continua a ser identificada neste estudo.

O tamanho da amostra, por si, é limitativo considerando o grupo populacional da Freguesia-alvo. Embora as características demográficas da amostra sejam semelhantes às características demográficas da população da Freguesia em estudo, não deixa de se constituir como uma limitação mas, fundamentalmente, como uma oportunidade para estudos futuros.

8. CONCLUSÃO & RECOMENDAÇÕES FUTURAS

O presente estudo elaborado no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública permitiu a aquisição de conhecimento relativamente ao nível de Saúde Mental da Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa assim como identificar quais as expectativas em saúde mental desta comunidade face aos diversos condicionantes contextuais em saúde mental, presentes no quotidiano da vida numa comunidade urbana.

O nível de saúde mental da freguesia-alvo encontra-se muito próxima do primeiro valor de corte do MHI-38 para sintomatologia moderada. As mulheres possuem, em média, um melhor nível de saúde mental do que os homens.

O emprego está associado a um melhor nível de saúde mental. Os desempregados constituem-se como o grupo com menor nível de saúde mental, seguidos do grupo de estudantes. A segurança do contrato de trabalho possui influência, de igual modo, no nível de saúde mental da população, verificando-se que os indivíduos com contrato de trabalho sem termo possuem um nível de saúde mental mais elevado que os indivíduos com contratos de trabalho temporários ou precários.

As expectativas em saúde mental não assumem uma distribuição normal na população e não estão associadas com as diversas características demográficas, o que permite concluir que a aplicabilidade dos programas e planos de promoção da Saúde Mental de uma forma transversal a nível comunitário resultam na satisfação das expectativas em Saúde Mental para toda a população, independentemente das suas características demográficas.

Os indivíduos nutrem uma maior expectativa em saúde mental relativamente ao Acesso a Serviços de Saúde, Segurança, Emprego, Redes de Apoio Social, Espaços Verdes e Condições de Habitação.

A importância do Acesso a Serviços de Saúde encontra-se contemplado no Plano Local de Saúde de Lisboa Central, assumindo um papel importante no delineamento de diversas orientações estratégicas e estratégias específicas propostas que visam promover o acesso a equipamentos físicos de saúde, mas, também, o acesso à informação válida e isenta.

As Redes de Apoio Social encontram-se, igualmente, contempladas no Plano Local de Saúde de Lisboa Central que apresenta diversas orientações estratégicas no sentido da promoção de ações sociais e de voluntariado, o reforço e desenvolvimento de ações de formação de promoção de saúde próximas das comunidades e, principalmente, a

promoção da articulação entre os diversos stakeholders do âmbito da Saúde: redes sociais, autarquias e instituições de saúde.

A Segurança encontra-se, de igual modo, contemplada no Plano Local de Saúde de Lisboa Central embora de forma subjacente através das orientações estratégicas que visam a promoção de um ambiente seguro que seja promotor de hábitos de vida saudáveis e da promoção da integração de cuidados de saúde mental à população socialmente mais vulnerável.

O Emprego não é explorado no Plano Local de Saúde de Lisboa Central apesar da sua relação directa com os níveis de saúde mental da população e apesar das expectativas em saúde mental que a população atribui a este condicionante, recomendando-se, portanto, a colaboração entre os diversos sectores económicos e de saúde para o delineamento de orientações estratégicas que contemplem esta condicionante no âmbito da promoção da saúde mental.

Os Espaços Verdes adquirem um papel importante na promoção de saúde mental dos indivíduos e a população atribui uma elevada expectativa em saúde mental face a este condicionante. No entanto, é apenas explorado, de forma superficial, através das orientações estratégicas que visam a promoção de um ambiente seguro e de um ambiente comunitário saudável. Porém, apesar de não ser explorado aprofundadamente no Plano Local de Saúde de Lisboa Central, a Cidade de Lisboa possui um projecto intitulado de “Lisboa Vai ao Parque” o que demonstra preocupação relativamente à importância deste condicionante para a saúde mental da sua população.

Por último, as Condições de Habitação são alvo das expectativas em saúde mental da população que, efectivamente, não foi explorado, de forma directa, no Plano Local de Saúde de Lisboa Central. No entanto, o conhecimento da sua importância é realizado através da existência do Plano Cidade para a Pessoa Sem-Abrigo e do Programa Municipal para a Pessoa em situação de Sem-Abrigo, embora este condicionante não seja alvo de nenhuma orientação estratégica ou estratégia proposta.

Apesar das limitações existentes do presente estudo, foi possível identificar quais as expectativas em saúde mental da população em estudo e verificar que, na sua maioria, as políticas propostas e orientações estratégicas vão ao encontro das expectativas em saúde mental da população. No entanto, existem expectativas em saúde mental, tais como o Emprego, os Espaços Verdes e as Condições de Habitação, que assumem um relevo importante e apenas foram exploradas de forma superficial ou inespecífica e que, portanto, devem ser consideradas no momento da elaboração de orientações estratégicas de saúde pública e comunitária futuras.

8.1 RECOMENDAÇÕES FUTURAS

Recomenda-se a realização de um estudo semelhante com maior dimensão amostral na Freguesia de Penha de França com o objectivo de confirmar os dados recolhidos com a dimensão amostral do presente estudo.

Recomenda-se, de igual modo, a realização de estudo semelhante para a totalidade das freguesias da Cidade de Lisboa e, posteriormente, das cidades do país, com o objectivo de comparar as expectativas em saúde mental das diversas comunidades urbanas existentes e, assim, possibilitar um planeamento mais dirigido às expectativas da comunidade e uma melhor e mais eficaz alocação de recursos com o objectivo de satisfazer as expectativas em saúde mental levantadas aliando-se às necessidades de saúde identificadas.

Por último, recomenda-se que, no desenvolvimento de futuros planos e programas de saúde dos espaços urbanos do território nacional, a abordagem agora utilizada neste estudo possa constituir uma referência para o desenvolvimento de respostas efectivas às expectativas da população e, deste modo, reforçar a capacitação de indivíduos e comunidades para a sua participação activa na promoção da sua Saúde Mental e da Saúde Mental da comunidade onde se inserem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva; 1948.
2. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. Geneva; 2013
3. Lehtinen V. Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing knowledge [Internet]. 2008.
4. Loureiro A, Lima J, Partidário M do R, Santa P. Condicionantes da Saúde Mental e os instrumentos de avaliação de impactos. In: Imprensa da Universidade de Coimbra, editor. Território e Saúde Mental em Tempos de Crise [Internet]. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2015.
5. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Vol. Orientação. Lisboa; 2006.
6. Quitério F, Brito D, Texeira ID, et al. Lisboa Central - Plano Local de Saúde 2018-2021 - Uma Responsabilidade de todos. Lisboa; 2018. Available from: http://sobretudo.pt/pls/wp-content/uploads/2018/07/pls_lisboacentral_2018_2021.pdf
7. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving performance. Geneva; 2000.
8. Huber M, Knottnerus J, Green L, van der Horst H, Kromhout D, Leonard B, et al. How should we define health? BMJ [Internet]. 2011;(343).
9. Bertolote JM. The roots of the concept of mental health. World Psychiatry [Internet]. 2008;7(2):113–6.
10. World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, 2001.
11. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health PromotInt [Internet]. 1996;11(1):11–8.
12. Eriksson M. The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan J, Lindstrom B, et al., editors. The Handbook of Salutogenesis. Springer International Publishing; 2016. p. 91-96.
13. Langeland E, Vinge H. The Application of Salutogenesis in Mental Healthcare Settings. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan J, Lindstrom B, et al., editors. The Handbook of Salutogenesis. Springer International Publishing; 2016. p. 299-306.

14. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Hanestad BR. Promoting Coping: Salutogenesis among People with Mental Health Problems. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2007;28:275–95.
15. World Health Organization, Calouste Gulbenkian Foundation. *Social Determinants of Mental Health* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014.
16. World Health Organization. *The determinants of health* [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2010.
17. Thyloth M, Singh H, Subramanian V. Increasing Burden of Mental Illnesses Across the Globe: Current Status. *Indian J Soc Psychiatry* 2016;254–6.
18. World Health Organization. *Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY)* [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2014.
19. World Health Organization. *Investing in Mental Health: Evidence for Action*. Geneva; 2013.
20. República Portuguesa. *Lei de Saúde Mental* [Internet]. *Diário da República I Série-A*. 1998.
21. Caldas De Almeida J, Xavier M. *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* [Internet]. Faculdade de Ciências Médicas UN de L, editor. Lisboa; 2013.
22. Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Portugal.
23. World Health Organization. *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2015* [Internet]. Vol. 1. Geneva; 2017.
24. Institute for Health Metrics and Evaluation. *Institute for Health Metrics and Evaluation: Portugal* [Internet]. 2016. Available from: <http://www.healthdata.org/portugal>
25. Direcção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas*. Direcção-Geral da Saúde. 2012. p. 1–10.
26. República Portuguesa. *Despacho n.º 6401/2016* [Internet]. *Diário da República*, 2ª Série - N.º 94; 2016.
27. República Portuguesa. *Despacho n.º 1606/2018* [Internet]. *Diário da República*, 2ª série - N.º 33; 2018.
28. Direcção Geral de Saúde. *Plano Nacional De Saúde Revisão E Extensão a 2020* [Internet]. 2015.
29. Faculty of Public Health, Foundation MH. *Better Mental Health For All: A Public Health Approach to Mental Health Improvement*. London; 2016.
30. Royal College of Psychiatrists. *No Health without Public Mental Health: the case for action* [Internet]. London; 2010.

31. Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A. Cities and Mental Health. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 19];(114):121–7.
32. Galea S, Uddin M, Koenen K. The Urban Environment and Mental Disorders. *Epigenetics* [Internet]. 2011;6(4):400–4.
33. Berry HL. ‘Crowded suburbs’ and ‘killer cities’: a brief review of the relationship between urban environments and mental health. *NSW Public Heal Bull* [Internet]. NSW Public Health Bulletin; 2007 ;18(11–12):222–7.
34. World Health Organization. Why Urban Health Matters [Internet]. Geneva; 2010.
35. Bhattha B. Causes and Consequences of Urban Growth and Sprawl. In: *Analysis of Urban Growth and Sprawl from Remote Sensing Data*. Berlin: Springer, Verlag Berlin Heidelberg; 2010. p. 17–36.
36. Nnebue C, Adinma E, Sydney-Nnebue Q. Urbanization and health - an overview. *Orient J Med*. 2014;26.
37. Loureiro I, Rodrigues Comes JC, Dias L, Heitor dos Santos MJ. A Investigação Participada de Base Comunitária na Construção de Saúde [Internet]. Lisboa; 2010. Available from: www.insa.pt
38. Rodrigues Gomes JC. Promoção da Saúde Mental em Espaço Urbano. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2012.
39. Evans GW. The Built Environment and Mental Health. *J Urban Heal*. 2003;80(4):536–55.
40. World Health Organization. Closing the Gap in a Generation [Internet]. Geneva; 2008.
41. Loureiro A, Silva M, Almendra R, Santana P. Saúde mental e território: vulnerabilidades ambientais nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras. . In: *Imprensa da Universidade de Coimbra, editor. Território e Saúde Mental em Tempos de Crise* [Internet]. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2015.
42. Barton J, Rogerson M. The Importance of greenspace for mental health. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2017;14(4):79–81.
43. Henderson-Wilson C, Weerasuriya R. Feel blue, touch green: examples of green spaces promoting mental health. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2017;14(4):85–7.
44. Elliot I. Poverty and Mental Health: A review to inform the Joseph Rowntree Foundation’s Anti-Poverty Strategy [Internet]. London; 2016.
45. Lund C. Poverty and Mental Health: A Review of practice and policies. *Neuropsychiatry (London)* [Internet]. 2012;2(3):1–7.
46. Silva M, Cardoso G, Saraceno B, Caldas de Almeida J. Saúde Mental e a Crise Económica. In: *Imprensa da Universidade de Coimbra, editor. Território e Saúde*

- Mental em Tempos de Crise [Internet]. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2015 [cited 2018 Nov 6]. Available from: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1>
47. Batic-Mujanovic O, Poric S, Pranjić N, Ramić E, Alibasić E, Karić E. Influence of Unemployment on Mental Health of the Working Age Population. *Mater Sociomed* [Internet]. 2017;29(2):92–6.
 48. Tough H, Siegrist J, Fekete C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2017;17(414):1–18.
 49. Teo AR, Choi H, Valenstein M. Social Relationships and Depression: Ten-Year Follow-Up from a Nationally Representative Study. *Public LibrSci One* [Internet]. 2013;8(4):1–8.
 50. Harandi T, Taghinasab M, Nayeri T. The Correlation of Social Support with Mental Health: A meta-analysis. *Electron Physician* [Internet].;9(9):5212–22.
 51. Loureiro I, Miranda José Manuel Pereira Miguel N. Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Rev Port SaúdePública* [Internet].;31:23–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>
 52. Loureiro I, Miranda José Manuel Pereira Miguel N. Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Rev Port SaúdePública* [Internet]. 2013;31:23–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>
 53. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. Geneva; 1986.
 54. World Health Organization. Declaração de Jacarta. Jacarta; 1997.
 55. World Health Organization. The Fifth Global Conference on Health Promotion: Bridging the Equity Gap. Cidade do México; 2000.
 56. World Health Organization. Adelaide Statement on Health in All Policies. Government of South Australia. Adelaide; 2010.
 57. World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies. Helsinki; 2013.
 58. Herrman H, Jané-Llopis E. The Status of Mental Health Promotion. *Public Health Rev* [Internet]. 201234(2):1–21.
 59. World Health Organization. Health 2020: Policy Framework and Strategy. 2012.
 60. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Internet]. Lisboa; 2012
 61. World Health Organization. Promoting Mental Health [Internet]. Geneva; 2004.

62. Janzen JA, Silvius J, Jacobs S, Slaughter S, Dalziel W, Drummond N. What is a health expectation? Developing a pragmatic conceptual model from psychological theory. *Heal Expect* [Internet]. 2006;(9):37–48.
63. Thompson A, Sunol R. Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence [Internet]. Vol. 7, *International Journal for Quality in Health Care*. 1995.
64. World Health Organization. Health Systems Strengthening: Glossary [Internet]. Geneva; 2007. Available from: https://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf
65. Olson JM, Roese NJ, Zanna MP. Expectancies. In Kruglanski AW, Higgins ET, editors, *Social Psychology: A Handbook of Basic Principles*. New York: Guilford Press. 1996. p. 211-238
66. Forouzan AS, Ghazinour M, Dejman M, Rafeiey H, Baradaran Eftekhari M, Sebastian MS. Service Users and Providers Expectations of Mental Health Care in Iran: A Qualitative Study. Vol. 42, *Iranian J Publ Health*. 2013.
67. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [Internet]. Lisboa; 2018. Available from: https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/6654/PRSLVT.pdf
68. Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central. Perfil Local de Saúde (ACeS Lisboa Central) 2016. Lisboa; 2016 Available from: <http://sobretudo.pt/pls/sabe-mais-sobre-o-pls/documentos-oficiais/>
69. Câmara Municipal de Lisboa. Caracterização Social da Freguesia de Penha de França [Internet]. Lisboa; 2011 [cited 2019 Feb 19]. Available from: <http://www.cm-lisboa.pt/municipio/juntas-de-freguesia/freguesia-da-penha-de-franca>
70. Ministério do Trabalho S e SS. Carta Social 2018. 2018. Available from: <http://www.cartasocial.pt/destaques.php>
71. Fortin M-F. O desenho da investigação. In: Décarie Editeur Inc., editor. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 1996. p. 131-145
72. Fortin M-F, Filion F. Formulação de um problema de investigação. In: Décarie Editeur Inc., editor. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 1996. p. 61–7.
73. Fortin M-F. Os objectivos da investigação e as suas questões ou hipóteses. In: Décarie Editeur Inc., editor. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 1996. p. 99–109.

74. Fortin M-F, Côté J, Vissandjée B. A investigação científica. In: Décarie Editeur Inc., editor. O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 1996. p. 15–23.
75. Ribeiro JLP. Investigação e avaliação em psicologia e saúde. 2nd ed. Placebo Editora, editor. Lisboa; 2010.
76. Bisquerra R. Métodos de investigación educativa; Guia práctica. 1st ed. CEAC, editor. Barcelona; 1989. 55-69 p.
77. Fortin M-F. Métodos de Amostragem. In: Décarie Editeur Inc., editor. O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 1996. p. 201-214.
78. Velasco H, Díaz de Rada Á. La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Trotta, editor. Madrid; 1997.
79. Blernackl P, Waldorf D. Snowball Sampling Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. Sociol Methods Res. 1981;10(2):141–63.
80. Baldin N, Munhoz EMB. Snowball (Bola de Neve): Uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: X Congresso Nacional de Educação - EDUCERE [Internet]. Curitiba; 2011 [cited 2019 Jan 17]. Available from: http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf
81. Fortin M-F, Grenier R, Nadeau M. Métodos de colheita de dados. In: Décarie Editeur Inc., editor. O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 1996. p. 201-214.
82. Quivy R, Campenhoudt L Van. Quinta Etapa: A observação. In: Manual de Investigação em Ciências Sociais. 4th ed. Gradiva; 2005. p. 186-207
83. Pais Ribeiro J. Inventário de saúde mental. Placebo, Ed Lda [Internet]. 2011;29. Available from: http://sp-ps.pt/uploads/publicacoes/117_c.pdf
84. Croasmun JT, Ostrom L. Using Likert-Type Scales in the Social Sciences. Vol. 40, Journal of Adult Education. 2011.
85. Harel, F. Análise Estatística dos Dados. In: Décarie Editeur Inc., editor. O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 1996. p. 269–304.
86. Fortin M-F, Prud'Homme-Brisson, D, Coutu-Wakulczyk G. Noções de Ética em Investigação. In: Décarie Editeur Inc., editor. O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 1996. p. 113-29.
87. Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Helsínquia; 2013.

ANEXOS

ANEXO I

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos rectângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

1 - QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz e satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente feliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito e infeliz a maior parte do tempo
---	---	-------------------------------	---	----------------------------------	---

2 - DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

3 - COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

4 - DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

5 - COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

6 - COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

7 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

8 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso
------------	-----------------	--	------------------------------------	-------------------------	--

9 – SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido
--	--	-----------------------------	--	-------------------------------

10 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	-------------------------	---------------	--------------------	-------

11 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

12 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

13 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

14 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

Sim, completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado com isso	Não, e ando muito perturbado com isso
-----------------------	--------------------	-----------------------	------------------	--	--

15 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	-------------------------	----------------	-------------------------	----------------	-------

16 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	-------------------------	----------------	-------------------------	----------------	-------

17 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	---------------------------	------------------------	-------------	-------

18 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	---------------------------	------------------------	-------------	-------

19 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

20 - COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

21 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

22 - QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

23 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

24 - COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

25 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
---	------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------

26 - NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

27 - DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

28 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
-------------------	--------------------	---------------------------	--------------	------------

29 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

30 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

31 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

32 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

33 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

Sim, extremamente, ao ponto de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma
--	------------	------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------

34 - NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	-----------------	---------------------------	---------------------------	----------------	-------

35 - COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	-------------------------	----------------	-------------------------	----------------	-------

36 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado
--------	-----------------	------------------------------	---------------------------	-------------	---

37 - COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca
--------------------------	---------------------------	----------------	--	----------------	-------

38 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma
--	-----------------------	--	------------------------------------	------------------	-----------------

MUITO OBRIGADO

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

Utilização de Inventário de Saúde Mental no âmbito de Dissertação de Mestrado

✕ DELETE ← REPLY ⇐ REPLY ALL → FORWARD ⋮



Pedro Alexandre Brôa De Oliveira

Mark as unread

Mon 07/01/2019 19:32

To: jlpr@fpce.up.pt;

Boa tarde, Professor Doutor José Pais Ribeiro.

O meu nome é Pedro Brôa Oliveira e sou aluno do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.

Encontro-me, neste momento, a realizar uma dissertação de Mestrado com o tema "Comunidade Urbana & Saúde Mental" orientado pelo Professor Doutor Paulo Sousa da Escola Nacional de Saúde Pública e pelo Professor Doutor José Carlos Gomes do Instituto Politécnico de Leiria.

Pretendo realizar um estudo com o objectivo de identificar as expectativas em Saúde Mental da população residente na Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa; identificar quais são as características consideradas fundamentais, na perspectiva da população, que tornem uma comunidade urbana um espaço promotor de saúde mental e, posteriormente, comparar as expectativas levantadas com as recentes políticas em Saúde Mental adoptadas pelo Município da Cidade de Lisboa.

Numa primeira fase do estudo, gostaria de aplicar o Inventário de Saúde Mental - Versão Extensa e peço, deste modo, que o Professor Doutor Pais Ribeiro me conceda autorização para este fim.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento ou questão.

Agradeço-lhe, desde já, a sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Brôa Oliveira
Mestrando em Saúde Pública

From: José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

Sent: 10 January 2019 16:23

To: Pedro Alexandre Brôa De Oliveira

Subject: RE: Utilização de Inventário de Saúde Mental no âmbito de Dissertação de Mestrado

Caro colega

Autorizo o uso da versão do MHI que traduzimos e estudámos para uso com a população portuguesa.

No meu site, na secção "books" encontra o manual da escala que é de acesso livre.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

ANEXO III

QUESTIONÁRIO EXPECTATIVAS & CONDICIONANTES CONTEXTUAIS EM SAÚDE MENTAL

(Versão Final)

O presente questionário foi elaborado no âmbito da realização de uma dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública com a temática “Saúde Mental na Comunidade”. O seu objectivo é explorar as expectativas em Saúde Mental da população da Freguesia de Penha de França em Lisboa.

Por favor, responda com a maior sinceridade a cada questão.

Obrigado.

DADOS DEMOGRÁFICOS

Sexo:

☐

Masculino

☐

Feminino

Idade:

_____ anos.

Escolaridade

☐

Até à 4ª Classe

☐

2º Ciclo (5º e 6º ano)

☐

3º Ciclo (7º a 9º ano)

☐

Ensino Secundário

☐

Ensino Superior

Com quem vive?

Emprego (se aplicável)

☐

Estudante

☐

Empregado c/ contrato sem termo

☐

Empregado c/ contrato temporário

☐

Reformado

1. Assinale a importância que atribui a cada um dos seguintes itens para a sua Saúde Mental.

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
Ambiente Físico				
Condições de Habitação	1	2	3	4
Saneamento de Espaços Públicos	1	2	3	4
Transportes Públicos	1	2	3	4
Espaços Verdes	1	2	3	4
Segurança	1	2	3	4
Acesso a Serviços de Saúde	1	2	3	4
Desenho Urbano	1	2	3	4
Ambiente Socioeconómico				
Emprego	1	2	3	4
Educação	1	2	3	4
Comércio Local	1	2	3	4
Segurança Alimentar	1	2	3	4
Ambiente Sociocultural				
Redes de Apoio Social	1	2	3	4
Relação com Vizinhos	1	2	3	4
Proximidade à Família	1	2	3	4
Proximidade a Amigos	1	2	3	4
Festas/Eventos na Freguesia	1	2	3	4
Religião	1	2	3	4

2. Caso exista algum aspecto não mencionado na questão anterior que considere relevante para as suas expectativas em Saúde Mental, indique quais.

3. Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos rectângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

1 - QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz e satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente feliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito e infeliz a maior parte do tempo
---	---	-------------------------------	---	----------------------------------	---

2 - DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

3 - COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

4 - DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

5 - COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

6 - COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

7 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

8 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso
------------	-----------------	--	------------------------------------	-------------------------	--

9 – SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido
--	--	-----------------------------	--	-------------------------------

10 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	-------------------------	---------------	--------------------	-------

11 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

12 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

13 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

14 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

Sim, completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado com isso	Não, e ando muito perturbado com isso
--------------------	-----------------	--------------------	---------------	---	---------------------------------------

15 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

16 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

17 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

18 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

19 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

20 - COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

21 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

22 - QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

23 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

24 - COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

25 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
---	------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------

26 - NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

27 - DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

28 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
-------------------	--------------------	---------------------------	--------------	------------

29 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

30 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

31 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

32 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

33 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

Sim, extremamente, ao ponto de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma
--	------------	------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------

34 - NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	-----------------	---------------------------	---------------------------	----------------	-------

35 - COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	-------------------------	----------------	-------------------------	----------------	-------

36 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado
--------	-----------------	------------------------------	---------------------------	-------------	---

37 - COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca
--------------------------	---------------------------	----------------	--	----------------	-------

38 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma
--	-----------------------	--	------------------------------------	------------------	-----------------

MUITO OBRIGADO

ANEXO IV

**TESTE DE NORMALIDADE DE
KOLMOGOROV-SMIRNOV**

(MHI-38)

Teste de Normalidade			
	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
	Estatística	gl	<i>p</i>
Afecto Positivo	0,074	122	0,097
Laços Emocionais	0,116	122	0,000
Perda Controlo Emocional/Comportamental	0,067	122	0,200*
Ansiedade	0,062	122	0,200*
Depressao	0,081	122	0,049
Bem-estar Positivo	0,057	122	0,200*
Distresse	0,060	122	0,200*
Resultado Final	0,068	122	0,200*

ANEXO V

TESTE DE NORMALIDADE DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

**(Condicionantes Contextuais em Saúde
Mental)**

Teste de Normalidade			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	gl	<i>p</i>
Condições de Habitação	0,339	122	0,000
Saneamento de Espaços Públicos	0,258	122	0,000
Transportes Públicos	0,253	122	0,000
Espaços Verdes	0,298	122	0,000
Segurança	0,329	122	0,000
Acesso a Serviços de Saúde	0,379	122	0,000
Desenho Urbano	0,291	122	0,000
Emprego	0,323	122	0,000
Educação	0,306	122	0,000
Comércio Local	0,221	122	0,000
Segurança Alimentar	0,244	122	0,000
Redes de Apoio Social	0,316	122	0,000
Relação com Vizinhos	0,284	122	0,000
Proximidade com Família	0,293	122	0,000
Proximidade com Amigos	0,273	122	0,000
Festas/Eventos na Freguesia	0,271	122	0,000
Religião	0,196	122	0,000

ANEXO VI

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE RECOLHA DE DADOS À JUNTA DE FREGUESIA DE PENHA DE FRANÇA

Exma. Senhora Presidente da
Junta de Freguesia de Penha de França

Assunto: Pedido de Autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados.

Pedro Alexandre Brôa de Oliveira, Enfermeiro a desempenhar funções no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de São Francisco Xavier EPE, mestrando do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, encontra-se a desenvolver uma dissertação de Mestrado com o tema "Comunidade Urbana & Saúde Mental" sob a orientação do Professor Doutor Paulo Sousa, Escola Nacional de Saúde Pública e Professor Doutor José Carlos Gomes, Instituto Politécnico de Leiria.

O estudo que se pretende levar a cabo tem como finalidade perceber quais são as expectativas da população residente na Freguesia de Penha de França relativamente aos aspectos que consideram ser promotores de Saúde Mental no âmbito do ambiente/comunidade onde residem. Conhecer as expectativas em Saúde Mental da população produz diversos benefícios, nomeadamente, um melhor alocamento de recursos disponíveis facilitando, assim, a gestão da freguesia/município ao mesmo tempo que se realizam as expectativas da população levando, consequentemente, a um maior nível de saúde que, por sua vez, traduz-se em ganhos financeiros, económicos e produtividade dos cidadãos e das comunidades.

Peço a V. Ex^a que se digne a autorizar a aplicação de um questionário (anexando ao presente documento) aos residentes da Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa e, posteriormente de um grupo focal com os seus representantes. O estudo supracitado possui apenas finalidades de teor académico e serão salvaguardados a protecção dos direitos dos indivíduos, garantindo o seu anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Agradeço a sua disponibilidade e atenção concedida a este assunto. Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Brôa de Oliveira

Dezembro de 2018

ANEXO VII

AUTORIZAÇÃO DA JUNTA DE FREGUESIA DE PENHA DE FRANÇA PARA A RECOLHA DE DADOS

Pedido de Autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados - Dissertação de Mestrado

✕ DELETE ← REPLY ↶ REPLY ALL → FORWARD ***



Pedro Alexandre Brôa De Oliveira
Wed 30/01/2019 11:26

Mark as unread

To: sofia.dias@jf-penhafranca.pt

📎 2 attachments



[Download all](#)

Exma. Senhora Presidente da Junta de Freguesia de Penha de França Doutora Ana Sofia Dias,

O meu nome é Pedro Brôa de Oliveira e encontro-me a realizar uma dissertação de Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública com o tema "Saúde Mental & Comunidade Urbana".
O seu objectivo é avaliar a adequação das políticas em Saúde Mental do Município de Lisboa às expectativas em Saúde Mental da população residente na Freguesia de Penha de França e perceber quais são os aspectos principais que a população considera serem promotores da sua Saúde Mental no âmbito da comunidade onde residem.

Envio-lhe o presente e-mail para requerer autorização da Exma. Senhora Presidente para aplicação de instrumento de colheita de dados, que envio em anexo, aos residentes da Freguesia de Penha de França. Envio, também, documento relativamente ao pedido de autorização com informação mais detalhada do estudo que se pretende elaborar.

Encontro-me disponível para quaisquer esclarecimentos necessários e agradeço, desde já, a sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,



Frederico Gomes <frederico.gomes@jf-penhafranca.pt>
Thu 31/01/2019 14:58

Mark as unread

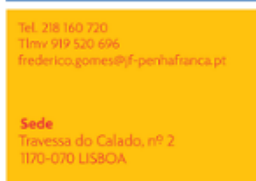
To: Pedro Alexandre Brôa De Oliveira;

■ You replied on 01/02/2019 16:44.

A iniciativa que pretende levar a efeito de qualquer autorização desta autarquia local.

Aproveitamos para informar que os inquiridos devem ser informados dos seus direitos de proteção de dados (que a sua informação pessoal não será usada, nome, morada, etc).

Atentamente,



ANEXO VIII

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO**

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do desenvolvimento de uma dissertação de Mestrado com o tema “Comunidade Urbana & Saúde Mental” para o Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, encontra-se em desenvolvimento um estudo acerca das expectativas em Saúde Mental dos residentes da Freguesia de Penha de França da Cidade de Lisboa relativamente ao ambiente e comunidade onde vivem.

Conhecer as expectativas em Saúde Mental da população produz diversos benefícios, nomeadamente, um melhor alocamento de recursos disponíveis facilitando, assim, a gestão da freguesia/município ao mesmo tempo que se realizam as expectativas da população levando, consequentemente, a um maior nível de saúde que, por sua vez, traduz-se em ganhos financeiros, económicos e produtividade dos cidadãos e das comunidades.

Para este fim, solicito a sua colaboração no preenchimento de um questionário anónimo, garantindo a sua protecção e anonimato assim como a confidencialidade dos dados recolhidos que serão utilizados apenas para fins académicos.

O resultado desta investigação será apresentado na Escola Nacional de Saúde Pública no final do ano de 2019 e, se desejar, poderá contactar o investigador para conhecer os resultados do estudo. A sua participação é absolutamente voluntária e pode recusar participar, a qualquer momento, no presente estudo sem qualquer consequência.

Após ler as explicações acima referidas, declaro, por minha vontade, aceitar participar nesta investigação.

Assinatura: _____

Data: _____

Contactos do Investigador:

Pedro Alexandre Brôa de Oliveira

pedrobroaoliveira@gmail.com

pa.oliveira@ensp.unl.pt

ANEXO IX

TESTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN

**(Condicionantes Contextuais em Saúde
Mental * Nível de Saúde Mental)**

TESTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN
CONDICIONANTES CONTEXTUAIS EM SAÚDE MENTAL * NÍVEL DE SAÚDE MENTAL

[illegible]

ANEXO X

TESTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN

**(Condicionantes Contextuais em Saúde
Mental * Nível de Bem-Estar Positivo)**

ANEXO XI

TESTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN

**(Condicionantes Contextuais em Saúde
Mental * Nível de Distresse)**

TESTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN
CONDICIONANTES CONTEXTUAIS EM SAÚDE MENTAL * NÍVEL DE DISTRESSE

[illegible]

ANEXO XII

TESTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN

**(Condicionantes Contextuais em Saúde Mental *
Idade)**

TESTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN
CONDICIONANTES CONTEXTUAIS EM SAÚDE MENTAL * IDADE

[illegible]